



Abordatge de la lesió neoplàsica cutània

Pla de cures infermer

Autora: Judit Panadés Cabré

Tutor: Joan Blanco Blanco

Facultat d'infermeria i fisioteràpia

Grau en infermeria

Treball de fi de grau

Curs 2019-2020

Data: 25-05-2020

**GRAU EN INFERMERIA
UNIVERSITAT DE LLEIDA**

**ABORDATGE
DE LA LESIÓ
NEOPLÀSICA
CUTÀNIA**

**PLA DE CURES
INFERMER**



JUDIT PANADÉS CABRÉ

AGRAÏMENTS

Agraeixo als meus pares tot el suport incondicional que m'han regalat sempre i els valors que m'han ensenyat. Cada objectiu i cada somni complert són gràcies a vosaltres.

Vull fer una menció especial a la meva mare, qui abans de què jo sabes a què em volia dedicar, ella ja ho sabia.

Als meus amics d'infermeria, per fer que aquest camí hagi sigut fàcil, bonic i especial. Hem tingut molta sort d'haver-ho compartit.

Al meu tutor, Joan Blanco, li dono l'enhorabona per tota la dedicació que ha brindat al grau d'infermeria i les gràcies per l'ajuda, suport, idees i coneixements per realitzar aquest treball.

*"No es el cuerpo el que sufre,
sino el individuo entero."*

Cicely Saunders

ÍNDEX

1.	INTRODUCCIÓ.....	10
2.	MARC TEÒRIC.....	12
2.1.	ANTECEDENTS.....	12
2.2.	ETIOLOGIA.....	13
2.2.1.	Primària.....	13
2.2.2.	Secundària.....	22
2.2.3.	Radiodermatitis.....	22
2.3.	VALORACIÓ.....	23
2.4.	DIAGNÒSTIC.....	24
2.5.	TRACTAMENT SIMPTOMATOLÒGIC.....	25
2.5.1.	Dolor.....	25
2.5.2.	Olor.....	26
2.5.3.	Sagnat.....	27
2.5.4.	Exsudat.....	28
2.5.5.	Prurit.....	28
2.6.	IMPACTE PSICOSOCIAL.....	29
2.7.	LIMFEDEMA.....	30
3.	OBJECTIUS.....	32
3.4.	OBJECTIU GENERAL.....	32
3.5.	OBJECTIUS ESPECÍFICS.....	32
4.	METODOLOGIA.....	33
4.4.	POBLACIÓ DIANA.....	33
4.5.	METODOLOGIA DE CERCA.....	33
4.6.	LIMITACIONS.....	37
4.7.	CONSIDERACIONS ÈTIQUES.....	37
5.	PROCÉS D'ATENCIÓ INFERMERA: PLA DE CURES.....	39

5.4.	<i>CAS CLÍNIC</i>	39
5.5.	<i>VALORACIÓ INFERMERA SEGONS MARJORY GORDON</i>	39
5.6.	<i>IDENTIFICACIÓ DE PROBLEMES</i>	43
5.7.	<i>ELABORACIÓ DEL PLA DE CURES SEGONS LA TAXONOMIA NANDA, NOC, NIC</i>	44
5.8.	<i>PROBLEMES DE COL·LABORACIÓ</i>	72
5.9.	<i>COMPLICACIONS POTENCIALS</i>	75
5.10.	<i>AVALUACIÓ</i>	77
6.	<i>DISCUSSIÓ</i>	80
7.	<i>CONCLUSIONS</i>	84
8.	<i>BIBLIOGRAFIA</i>	86
9.	<i>ANNEX</i>	99
	<i>ANNEX 1 REGLA ABDCE</i>	99
	<i>ANNEX 2 LOCALITZACIÓ DE TUMORS PRIMARIS SEGONS EL SEXE</i>	100
	<i>ANNEX 3 ESCALES DE VALORACIÓ I/O AVALUACIÓ</i>	101

LLISTA DE TAULES

<i>Taula 1 Tipus de carcinoma basocel·lular</i>	14
<i>Taula 2 Presentacions del carcinoma espinocel·lular</i>	15
<i>Taula 3 Tipus de carcinoma espinocel·lular</i>	16
<i>Taula 4 Tipus de melanomes</i>	17
<i>Taula 5 Criteris d'inclusió i exclusió</i>	34
<i>Taula 6 Descripció resumida de les guies i articles seleccionats</i>	36
<i>Taula 7 Pla de cures: deteriorament de la integritat cutània</i>	49
<i>Taula 8 Pla de cures: dolor crònic</i>	52
<i>Taula 9 Pla de cures: dolor agut</i>	54
<i>Taula 10 Pla de cures: risc d'infecció</i>	56
<i>Taula 11 Pla de cures: risc de sagnat</i>	57
<i>Taula 12 Pla de cures: ansietat davant la mort</i>	59
<i>Taula 13 Pla de cures: baixa autoestima</i>	63
<i>Taula 14 Pla de cures: desequilibri nutricional</i>	66
<i>Taula 15 Pla de cures: nàusees</i>	68
<i>Taula 16 Pla de cures: insomni</i>	70
<i>Taula 17 Pla de cures: cansament del rol cuidador</i>	72

LLISTA DE FIGURES

<i>Figura 1</i>	<i>CBC nodular</i>	19
<i>Figura 2</i>	<i>CBC nodular ulcera</i>	19
<i>Figura 3</i>	<i>CBC superficial</i>	19
<i>Figura 4</i>	<i>CBC esclerodermiforme</i>	19
<i>Figura 5</i>	<i>CBC fibroepitelial</i>	19
<i>Figura 6</i>	<i>Malaltia de Bowen</i>	19
<i>Figura 7</i>	<i>Malaltia de Queyrat</i>	19
<i>Figura 8</i>	<i>Queratosis actínica</i>	19
<i>Figura 9</i>	<i>CEC llavi</i>	20
<i>Figura 10</i>	<i>CEC boca</i>	20
<i>Figura 11</i>	<i>Queratocantoma</i>	20
<i>Figura 12</i>	<i>CEC berrugós</i>	20
<i>Figura 13</i>	<i>Úlcera de Marjoli</i>	20
<i>Figura 14</i>	<i>Melanoma superficial</i>	20
<i>Figura 15</i>	<i>Melanoma nodular</i>	20
<i>Figura 16</i>	<i>Lentigen maligne</i>	20
<i>Figura 17</i>	<i>Lentigen acral</i>	21
<i>Figura 18</i>	<i>Malaltia de Paget</i>	21
<i>Figura 19</i>	<i>Carcinoma de cel·lules Merkel</i>	21
<i>Figura 20</i>	<i>Sarcoma de Kaposi</i>	21
<i>Figura 21</i>	<i>Sarcoma de parts toves</i>	21
<i>Figura 22</i>	<i>Limfoma cutani</i>	21
<i>Figura 23</i>	<i>Carcinoma nodular metastàtic</i>	22
<i>Figura 24</i>	<i>Metàstasis cutània de còlon</i>	22
<i>Figura 25</i>	<i>Metàstasis a pell cabelluda de càncer renal</i>	22
<i>Figura 26</i>	<i>Relació de problemes</i>	44

LLISTA D'ABREBIACIONS

AVD	<i>Activitats de la Vida Diària</i>
AVDI	<i>Activitats Instrumentals de la Vida Diària</i>
CBC	<i>Carcinoma Basocel·lular</i>
CEC	<i>Carcinoma Espinocel·lular</i>
EVA	<i>Escala Visual Analògica</i>
IMC	<i>Índex de Massa Corporal</i>
INE	<i>Institut Nacional d'Estadística</i>
LTC	<i>Limfoma T cutani</i>
LBC	<i>Limfoma B cutani</i>
MNA	<i>Mini Nutritional Assessment</i>
OMS	<i>Organització Mundial de la Salut</i>
QV	<i>Qualitat de Vida</i>
VIH	<i>Virus de la Immunodeficiència Humana</i>
VPH	<i>Virus Papil·loma Humà</i>

Resum: Les ferides neoplàsiques ocasionen en la persona un gran i greu impacte físic i psicològic. L'abordatge de la simptomatologia és complexa i el pronòstic de vida és limitat quan aquestes apareixen. L'objectiu radica en oferir el màxim benestar i confort al pacient i als seus familiars per mitjà de les cures pal·liatives excloent la cicatrització de la lesió.

L'elaboració d'un pla de cures que contempli l'aspecte físic, psicològic, social i espiritual que esdevé d'una ferida neoplàsica és essencial per aconseguir un abordatge òptim d'aquesta patologia.

Objectiu: Millorar l'abordatge de les lesions neoplàsiques, mitjançant la creació d'un pla de cures estandarditzat basat en la taxonomia Nanda, Noc i Nic, per tal de controlar la simptomatologia i millorar la qualitat de vida del pacient i la seva família.

Metodologia: Es realitza un pla de cures basat en l'evidència científica i la taxonomia Nanda, Noc i Nic. Per a realitzar-lo es fa una cerca bibliogràfica a les bases de dades *PubMed*, *Google Academic*, *Dialnet*, *Elsevier*, *Scielo* i *Cochrane library* durant el període comprès entre l'octubre 2019 i l'abril 2020.

Conclusions: La valoració holística de la persona i la visió interdisciplinària són essencials per ajustar les intervencions i activitats adients per millorar la qualitat de vida de la persona, en especial la de la persona afecta d'una patologia complexa com és la neoplàsica. La formació del professional d'infermeria ajudarà a què el pacient s'adapti a la nova situació.

Paraules claus: ferides i lesions, cures pal·liatives, atenció d'infermeria, qualitat de vida.

Resumen: Las heridas neoplásicas ocasionan en la persona un enorme y grave impacto físico y psicológico. El abordaje de la sintomatología es complejo y el pronóstico de vida es limitado cuando estas aparecen. El objetivo radica en ofrecer el máximo bienestar y confort al paciente y a sus familiares mediante los cuidados paliativos excluyendo la cicatrización de la lesión.

La elaboración de un plan de cuidados que contemple el aspecto físico, psicológico, social y espiritual que deviene de una herida neoplásica es esencial para conseguir un abordaje óptimo de esta patología.

Objetivos: Mejorar el abordaje de las lesiones neoplásicas, mediante la creación de un plan de cuidados estandarizado basado en la taxonomía Nanda, Noc y Nic, para controlar la sintomatología y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Metodología: Se realiza un plan de cuidados basado en la evidencia científica y la taxonomía Nanda, Noc y Nic. Para realizarlo se hace una búsqueda bibliográfica en las bases de datos *PubMed*, *Google Academic*, *Dialnet*, *Elsevier*, *Scielo* y *Cochrane library* durante el periodo comprendido entre octubre 2019 y abril 2020.

Conclusiones: La valoración holística de la persona y la visión interdisciplinaria son esenciales para ajustar las intervenciones y actividades adecuadas para mejorar la calidad de vida de la persona, en especial la de la persona afectada de una patología compleja como es la neoplasia. La formación del profesional de enfermería ayudará a que el paciente se adapte a la nueva situación.

Palabras claves: heridas y lesiones, cuidados paliativos, atención de enfermería, calidad de vida.

Abstract: Neoplastic wounds cause a huge and serious physical and psychological impact on the person. The symptoms approach is complex and the prognosis for life is limited when they appear. The objective is to offer the maximum well-being and comfort to the patient and their relatives through palliative care excluding wound healing.

The elaboration of a care plan that considers the physical, psychological, social and spiritual aspect that comes from a neoplastic wound is essential to achieve an optimal approach to this pathology.

Objective: Improving the approach to neoplastic lesions by creating a standardized care plan based on the Nanda, Noc and Nic taxonomy to control the symptoms and improve the quality of life of the patient and his family.

Methodology: Carry out a nursing care plan based on scientific evidence and the Nanda, Noc and Nic taxonomy. To do this, a bibliographic search has been carried out in *PubMed, Google Academic, Dialnet, Elsevier, Scielo* and *Cochrane library* databases during the period from October 2019 to April 2020.

Conclusions: The holistic assessment of the person and the interdisciplinary vision are essential to adjust the appropriate interventions and activities to improve the person's quality of life especially when someone is affected by a complex pathology such as neoplasia. Nursing training will help the patient adapt to the new situation.

Key word: Wounds and Injuries, Palliative care, Nursing care, Quality of Life.



1. INTRODUCCIÓ

“No es el cuerpo quien sufre, sino el individuo entero (Cicely Saunders)”. Amb aquesta cita introdueixo el tema abordat en aquest treball, les ferides neoplàsiques, que les equiparo amb un iceberg, es veu el que emergeix però no la part submergida. Fent referencia a aquest símil i tenint en compte que no hi ha cap tractament efectiu per erradicar aquestes cèl·lules instaurades a la pell, prenen força les cures pal·liatives, que no prolonguen la vida ni acceleren la mort, sinó que faciliten el control simptomatològic físic, psicològic i espiritual aconseguint el màxim benestar i confort per aprendre a viure amb aquesta patologia.

L'abordatge de ferides neoplàsiques implica un problema de salut de gran magnitud per la pèrdua constant de qualitat de vida que experimenten els pacients i el seus cuidadors¹. Com a conseqüència de la complicació del càncer, s'enfronten a problemes importants com el dolor, sagnat, mal olor, canvi d'imatge corporal, disminució de l'autoestima i aïllament social, amb un pronòstic de vida limitat²⁻⁸. A diferència d'altres ferides cròniques on l'objectiu és cicatritzar la lesió, en aquest tipus de pacient, s'emfatitza en cuidar enlloc de curar^{2,9-13}. En conseqüència, la funció dels professionals sanitaris resideix en el control de la simptomatologia i evitar complicacions que poden derivar de la ferida. A fi d'aconseguir-ho, s'elabora un pla de cures fonamentat en l'evidència científica publicada en els últims anys.

El pla de cures s'estructura segons la metodologia infermera: Diagnòstic d'Infermeria (Nanda), Criteris de Resultats (NOC) i Intervencions i Activitats Infermeres (NIC). També consta d'un apartat dedicat als problemes associats de la ferida i complicacions potencials.

El recull d'informació actualitzada, les recomanacions i activitats proposades serviran d'ajuda als professionals per prendre les decisions més adequades sobre l'atenció sanitària necessària i segons la clínica de cada pacient. La valoració holística de la



persona per mitjà d'una perspectiva interdisciplinària ajudarà a seleccionar els patrons potencialment més afectats per poder individualitzar el pla de cures, aplicar-lo i avaluar-lo^{14,15}.



2. MARC TEÒRIC

2.1. Antecedents

Les ferides neoplàsiques són lesions produïdes a la pell causades per un tumor cutani primari, per metàstasis procedent d'un tumor localitzat o la invasió directa d'un tumor primari a l'estructura cutània^{1,2,8,14,16}. L'augment progressiu d'aquesta dona lloc a una ferida no cicatritzable que destrueix el teixit cutani i s'associa a complicacions com la infecció o l'hemorràgia. *Grocott* les defineix com *"la ulceració i proliferació que apareix quan les cèl·lules tumorals malignes s'infilten i erosionen a través de la pell"*^{14,17}.

Altres causes menys freqüents són la degeneració maligna de ferides cròniques, com en el cas de les úlceres de Marjolin o per mitjà de procediments antineoplàstics com la radioteràpia, extravasació d'agents quimioteràpics o lesions post-quirúrgiques^{2,17}.

Es caracteritzen per ser doloroses i presentar mal olor, exsudat, prurit i edema²⁻⁶. Atès que la ferida no es pot cicatritzar, les cures pal·liatives s'adrecen a les necessitats del pacient per controlar aquestes situacions i aconseguir el millor control d'aquesta simptomatologia proveint benestar i confort des d'una visió multidimensional que contempli l'estat físic, psicològic, social i espiritual^{14,18}.

El primer signe de desenvolupament d'una ferida neoplàsica és un nòdul indolor a la pell resultat de la proliferació tumoral¹⁶. Normalment, s'acompanya de simptomatologia inflamatòria manifestada per induració, envermelliment i calor. La forma és irregular, s'ulcera, les vores es troben elevades i presenten risc de sagnat. Segons avança el procés tumoral, es produeixen alteracions vasculars i limfàtiques provocades per desorganització microvascular, coagulopatia, acumulació de substàncies de rebuig, edema, hipòxia i necrosis^{2,14}. La ferida presenta creixement exofític en forma de coliflor si es troba en fase proliferativa o "fungating" i adopta forma de cràter en el creixement endofític, és a dir, en la fase de destrucció, d'aquí la distinció entre ferides tancades o obertes^{2,9,16,19}.



La incidència de les ferides neoplàsiques no està clarament establerta, s'estima entre un 5 i 10% de les persones amb metàstasis en la fase avançada de la malaltia la desenvolupen^{2,7,16,17,20}.

Mentre que el pronòstic no depèn de l'evolució o extensió, pel fet que també s'infiltra teixits tous on l'afectació no és visible, si que depèn de l'origen i serà pitjor en les d'origen metastàtic. En aquest cas, la mortalitat és superior al 70% en el primer any²¹, d'altres autors estableixen una supervivència de vida menor a 6 mesos des del diagnòstic¹⁶. *Wu et al.* reporta que el pronòstic de vida de la metàstasis cutània de càncer de pròstata és menor a 6 setmanes²² i les procedents de càncer de fetge, bufeta i estómac són en les que s'espera pitjor pronòstic, entorn a 1 mes^{21,23}.

Per altra banda, pel que fa al càncer primari de pell, l'associació espanyola de càncer (AECC), informa que ocupa la tercera posició. Cada any es diagnostiquen 3 milions de casos no melanoma i 132.000 de melanoma en tot el món, dels quals 33.000 afectats moren²⁴. Europa és el continent amb major afectació de càncer tipus melanoma i el segon més afectat per no melanoma²⁵.

2.2. Etiologia

2.2.1. Primària

Les ferides neoplàsiques primàries es caracteritzen pel creixement cel·lular desorganitzat i ràpid d'un teixit o massa amb invasió de teixits adjacents, causant infiltració del tumor en pell o altres òrgans. El fenotip, l'entorn, exposició solar, fototip I-II, pigues i nevus benignes afavoreixen la seva presentació.

Segons l'origen es classifiquen en:

- ✓ **Tumor no melanòcit:** representen el 75% de càncers de pell²⁶.
 - **Carcinoma basocel·lular:** és el tipus més freqüent de càncer de pell entre els 50-80 anys i constitueix el 60% dels tumors malignes cutanis¹. El seu creixement



és lent, entre mesos i anys, però poden ser de gran mida, ulcerar-se, infiltrar teixits profunds produint complicacions locals¹, sense metastatitzar en zones distants al punt d'origen²⁷.

<i>Subtipus (de més prevalença a menys)</i>	Característiques^{1,28}
<i>Nodular</i> (Figura 1,2)	<ul style="list-style-type: none">- Localització facial.- Pàpula o nòdul amb telangièctasis.- Ulceració central.
<i>Superficial</i> (Figura 3)	<ul style="list-style-type: none">- Localitzat en tronc i extremitats.- Placa eritematosa amb crosta superficial i contorn papulós.- Ulceració menys freqüent.
<i>Esclerodiforme</i> (Figura 4)	<ul style="list-style-type: none">- Placa poc delimitada: superfície blanquinosa.- Més agressiva.- Infiltració profunda.- Recidivant després d'exèresis.
<i>Fibroepitelial</i> (Figura 5)	<ul style="list-style-type: none">- Localitzat en tronc.- Superfície llisa de rosada.

Taula 1 Tipus de carcinoma basocel·lular. Elaboració pròpia..

- **Carcinoma espinocel·lular (o epidermoide):** majoritàriament es produeix en cara, orelles, llavis, genitals i dors de la mà^{1,27,29} amb predilecció pel sexe masculí²⁶.

La seva presentació inicia amb un nòdul o pàpula dura, lleument eritematosa, poc definida i superfície llisa o escamosa. Creix en superfície i altura, s'erosiona, sagna i infiltra en profunditat, d'això depèn la capacitat de metàstasis.^{1,29} La velocitat de creixement és major que la del CBC i el pronòstic és d'un any en quasi la meitat dels casos²⁶.



La ferida prové dels queratinòcits del estrat espinós de Malpighi. Segons la seva presentació, s'originen dos tipus de malalties:

Malaltia	Característiques ^{1,11,29}
<i>Bowen</i> (Figura 6)	<ul style="list-style-type: none">- Limiten a l'epidermis.- Sense destrucció de la integritat cutània.- Capacitat d'envair teixit.- Plaques eritematodescamatives superficials.
<i>Queyrat</i> (Figura 7)	<ul style="list-style-type: none">- Lesió brillant al gland.- Incidència major entre 30-60 anys.- Incidència major en gland sense circumdar.

Taula 2 Presentacions del carcinoma espinocel·lular. Elaboració pròpia.

Les ferides cròniques com les cremades, radiodermitis crònica, dermatosis inflamàtorià o la queratosis actínica són precursors o tenen la capacitat de degenerar a un carcinoma espinocel·lular (Figura 8).

Subtipus	Característiques
<i>Llavi i cavitat oral</i> (Figura 9, 10)	<ul style="list-style-type: none">- Úlcera, nòdul o pla endurada en llavi inferior o dins la cavitat oral.- Relacionada amb consum alcohol, tabac i VPH¹.
<i>Queratocantoma</i> (Figura 11)	<ul style="list-style-type: none">- Benigne.- Pàpula situada en cap, coll i exposicions solars.- Creixement rapit.- Ulceració elevada.- Hiperqueratosis a les vores.- Resolen espontàniament^{11,29}.
<i>Berrugós</i> (Figura 12)	<ul style="list-style-type: none">- Lesió nodular o pla definida.- Aspecte de coliflor i berrugós.



	<ul style="list-style-type: none">- Associada al VPH.- Oral, genital o plantar^{1,29}.
<i>Marjolin</i> (Figura 13)	<ul style="list-style-type: none">- Lesió crònica amb grau de malignitat.- Més incidència en homes de 40 a 70 anys.- Osteomielitis, cremades, traumes, radioteràpia i ferides cròniques en EEII de 20 a 50 anys evolució augmenten la incidència.- Es necessari biòpsia^{9,11,17}

Taula 3 Tipus de carcinoma espinocel·lular. Elaboració pròpia.

- ✓ **Melanoma:** tumor maligne molt agressiu. Representa el 4% dels tumors malignes de pell amb afectació superior a menors de 35 anys. El seu creixement comença a nivell transversal i continua verticalment. No sol aparèixer en lesions prèvies a la pell, tot i que hi pot haver lesions melanocitàries que ho afavoreixin.

Clínicament segueixen la norma ABCDE que distingeix entre nevus benigne o melanoma. Contempla les següents característiques: asimetria, vores irregulars, color heterogeni, diàmetre major a 6mm i evolució recent (*Annex 1*).

Metastatitza en zones properes al melanoma, ganglis, pulmó, sistema nerviós central, entre d'altres. El pronòstic varia segons el grau de profunditat i ulceració, tot i això la probabilitat de supervivència és escassa, ja que el 80% condueixen a la mort¹.

Nom	Característiques
<i>Superficial</i> (Figura 14)	<ul style="list-style-type: none">- 70% dels casos.- Més afectació entre els 30-60 anys.- Més freqüent en el tronc i extremitats superiors, home/dona, respectivament.- Historia clínica de nevus benigne en la zona del melanoma.- Màcula heterocròmica, 2'5cm, vores irregulars.



	<ul style="list-style-type: none">- Manifesta canvis anatòmics, de coloració.- Ulceració i hemorràgia local^{1,30}.
<i>Nodular</i> (Figura 15)	<ul style="list-style-type: none">- Molt agressiu.- Lesió elevada i fosca, sense hiperpigmentació.- Tronc i cap.- Formen grans masses tumorals^{1,30}.
<i>Lentigen maligne</i> (Figura 16)	<ul style="list-style-type: none">- Macula marronosa i irregular.- Delimita a epidermis.- 4-15% dels melanomes^{30,31}.
<i>Lentigen acral</i> (Figura 17)	<ul style="list-style-type: none">- Raça negra i asiàtica.- No afecta l'exposició solar.- Plantar, palmar, ungles i mucoses dermopapilars.- Macula hiperpigmentada heterocròmica amb vores irregulars.- Pitjor pronòstic.- Ulceració, profunditat i metastasis elevada^{1,30,32}.

Taula 4 Tipus de melanomes. Elaboració pròpia.

- ✓ **Malaltia de Paget:** és una forma poc comú d'adenocarcinoma intraepitelial. És primària, si afecta a la zona anogenital, o secundària, en zona mamària. Es manifesta com una placa eritematosa i exsudativa que ocasiona prurit, dolor i coïssor, tot i que, a vegades pot ser asimptomàtica. La superfície pot presentar rugositats, erosions i crostes¹ (Figura 18).
- ✓ **Carcinoma de cèl·lules de Merkel:** és un tipus molt poc freqüent, però dels més agressius. Es relaciona amb l'exposició solar i el seu creixement predomina en cara i coll. Clínicament, es manifesta per mitjà d'un nòdul eritematós de creixement ràpid que ulcera i infiltra teixits. Freqüentment, metastatitza a distància, amb més facilitat per envair pulmó, fetge, ossos i cervell³³ (Figura 19).



- ✓ **Sarcoma de Kaposi:** és una neoplàsia cutània d'origen vascular, que s'origina en la dermis, però també afecta òrgans interns. La forma clàssica sol afectar a persones masculines d'edat avançada, manifestant-se com una placa rogenca a les extremitats inferiors. També pot desenvolupar-se en persones infectades per VIH o SIDA, generalment, amb afectació al tronc, àrea facial o cavitat oral. No és freqüent la ulceració de la lesió¹ (Figura 20).
- ✓ **Sarcoma de parts toves:** corresponent a l'1% dels tumors malignes de tot l'organisme³⁴ i originen lesions en ubicacions profundes (teixit gras, muscular, tendons, vasos sanguinis i nervis), que rarament inicien en la dermis o teixit tou superficial. La malignitat d'aquest no depèn del seu origen sinó del grau de metastasis^{9,11} (Figura 21).
- ✓ **Limfoma cutani:** la degeneració neoplàsica dels limfòcits dona lloc a limfomes cutanis. El tipus més comú és el *Micosis fungoide* o de LTC, que es presenta en forma de plaques múltiples eritematodescamatives, de predomini al tronc i en zones no fotoexposades com natges i mames¹¹. L'edat mitjana d'aparició és entre els 55 i 60 anys, i predomina en el sexe masculí. S'acompanya de eritrodèrmia, prurit, limfadenopaties i afectació de sang perifèrica. L'altre tipus, LBC, són tumors de baix grau de malignitat que es manifesten per mitjà de plaques de creixement lent, habitualment en el tronc¹ (Figura 22).



Figura 1 CBC nodular



Figura 2 CBC nodular ulcerat



Figura 3 CBC superficial



Figura 4 CBC esclerodermiforme



Figura 5 CBC fibroepitelial



Figura 6 Malaltia de Bowen



Figura 7 Malaltia de Queyrat



Figura 8 Queratosis actínica



Figura 9 CEC llavi



Figura 10 CEC boca



Figura 11 Queratocantoma



Figura 12 CEC berrugós



Figura 13 Úlcera de Marjolin



Figura 14 Melanoma superficial



Figura 15 Melanoma nodular

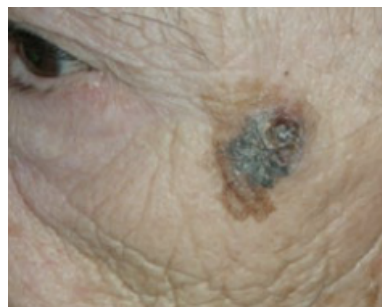


Figura 16 Lentigen maligne



Figura 17 Lentigen acral



Figura 18 Malaltia de Paget



Figura 19 Carcinoma de cel·lules Merkel



Figura 20 Sarcoma de Kaposi



Figura 21 Sarcoma de parts toves



Figura 22 Limfoma cutani

- (Imatges 1-12,14-20,22 extretes de: Cabanillas-González M, Pulgarín-Sobrino SB, Ananín-Fernandez C. *Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. [Guía práctica nº 4].* En: Rumbo Prieto JM, Raña Lama CD, Cimadevila Álvarez MB, Calvo Pérez AI, Fernández Segade J, editors. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud.; 2016).
- (Imatge 13 extreta de: Colomina M, Moltó FE, Cortes S, Giner V. Úlcera de Marjolin en paciente con enfermedad de Hansen residual. *Cart científica.* 2011;29(10):781-3).
- (Imatge 21 extreta de Berzal Cantalejo MF, Herranz-Torrubiano AM, Cuenca-González C. Tumoración de partes blandas: el temible sarcoma. *Semer - Med Fam.* març 2016;42(2):126-8).



2.2.2. Secundària

En les lesions secundaries s'inclouen les metàstasis, exèresis d'un tumor, principalment colostomies i traqueostomies, úlceres que evolucionen a carcinoma com el lupus, Actinomicosis, Lepra i Epidermòlisi Bullosa²⁷ o complicacions de procediments terapèutics^{1,14}. Pel que fa al primer punt, els tumors que en major freqüència ocasionen aquestes lesions són el càncer de mama i melanoma en dones, i el melanoma, càncer de pulmó i càncer colorectal en homes⁷. En menor freqüència també les ocasionen el càncer d'ovari, cap i coll, sistema genitourinari i altres que es desconeixen¹⁷. Pel que fa a les localitzacions més afectades són: tòrax (62%) a causa del tumor de mama en el sexe femení i tumor de pulmó en el masculí, cap i coll (24-38%), esquena, tronc i abdomen (1-3%), inguinal i axil·lar (3-7%) i genitals (3-7%). Cada tipus de tumor tendeix a reproduir-se i produir lesions en diferents zones corporals i es veu relacionat segons el gènere (*Annex 2*)^{1,15}.



Figura 23 Carcinoma nodular metastàtic



Figura 24 Metàstasis cutània de còlon



Figura 25 Metàstasis a pell cabelluda de càncer renal

(Imatges extretes de: Méndez-Flores S, Gatica-Torres M, Zamora-González A, Domínguez-Cherit J. Metástasis cutàneas. Med Int Méx. 2015;31:434-40).

2.2.3. Radiodermatitis

La radiodermitis és un efecte secundari del tractament amb radiacions ionitzants. Consisteix en una reacció inflamatòria aguda o tardana de la pell que depèn del tipus



de radiació, zona irradiada, ús de quimioteràpia concomitant i predisposició genètica del pacient. Produeix lesions cròniques que varien des d'un eritema fins a una ferida, necrosis o hemorràgia interferint en la qualitat de vida del pacient^{27,35-37}.

Segons els criteris *Common Terminology Criteria for Adverse Events* del *National Cancer Institute* (NCI-CTCAE) que són els criteris de terminologia comú per esdeveniments adversos de l'institut nacional de càncer (INE) i del *Radiation Therapy Oncology Group* (RTOG) les manifestacions es classifiquen en^{1,38}:

- Dermatitis lleu (grau 1): eritema i descamació seca. L'aparició dels símptomes té lloc en dies o setmanes des de l'inici de la radioteràpia. Pot desaparèixer o disminuir en un mes.
- Dermatitis moderada (grau 2): presenta dolor, eritema intens, edema, major descamació humida normalment ben delimitada. La descamació exsudativa es caracteritza per fibrina, exsudat, dolor i necrosis. Si es presenten flictenes poden trencar-se i infectar-se, aquesta reacció pot aparèixer com a màxim en una o dos setmanes després del tractament.
- Dermatitis severa (grau 3 i 4): la descamació exsudativa pot progressar a ulceració i/o necrosis, que es pot infectar, presentant dolor sever resistent a opiacis.

2.3. Valoració

La valoració d'infermeria és el procés pel qual es detecten els problemes i necessitats del pacient. Recull informació sobre l'estat físic, psíquic i social del pacient, així com de l'entorn, a fi d'ajustar adequadament les intervencions²⁷.

Existeixen diferents mètodes per realitzar-la, en els quals es troben els patrons de Marjory Gordon o les 14 necessitats bàsiques de Virginia Henderson, entre d'altres.

En primer lloc, es revisa la història clínica i es realitza una entrevista, observació i examen físic per tal de recollir informació dels seus antecedents i dades actuals. S'ha



de tenir en compte l'evolució de la malaltia oncològica, les patologies associades, tractaments previs, pronòstic, simptomatologia, capacitat funcional del pacient, estat nutricional, aspectes psicològics i l'estat dels cuidadors^{37,39}. Respecte la vessant psicologia, la valoració d'infermeria és d'extrema importància, ja que els problemes psicològics poden no ser evidents. És probable que els pacients no expressin les seves preocupacions fins que estableixin una relació de confiança amb el professional. Aquesta repressió empitjora els canvis tant a nivell físic com psicològic. S'ha d'oferir l'oportunitat de parlar sobre les seves preocupacions: com es sent, que pensa, quina és la seva por principal etc. Per altra banda, la por a la mort és molt difícil d'afrontar, pel que es necessari donar informació clara en cada fase de la malaltia^{40,41}.

En segon lloc, la valoració de la lesió a nivell local es realitza periòdicament per adaptar les intervencions durant l'evolució de la malaltia. Els aspectes a valorar inclouen: etiologia, localització, dimensió, nombre de lesions, profunditat, tipus de teixit, estat de la pell perilesional, quantitat i característiques de l'exsudat, olor i intensitat, dolor i prurit associat, presència o risc de sagnat i signes d'infecció^{9,19,42}.

La valoració es complementa amb l'ús d'escala validades que facilita la interpretació als professionals i el seguiment en el transcurs de la patologia (*Veure detalladament en l'apartat valoració infermera Marjory Gordon [Pag.39] i en l'avaluació [Pag.77]*).

2.4. Diagnòstic

La morfologia, localització i història evolutiva són dades rellevants per establir el diagnòstic. La biòpsia i l'anàlisi de la mostra és la millor manera per evitar falsos positius i instaurar un tractament ràpidament. En el cas de l'aparició de lipomes, erisipels o úlceres es realitza una biòpsia incisional, incloent fons, vora i teixit perilesional per tal de realitzar un estudi histològic i confirmar si és neoplàsica. En aquest cas, si la causa no és un tumor primari cutani, es busca l'origen tot i que a



vegades és iatrogènic. Vist el polimorfisme clínic que presenten algunes lesions, s'estableixen alguns criteris per determinar el diagnòstic^{2,9}:

- Característiques del pacient: absència de signes insuficiència venosa crònica per descartar una úlcera vascular, factors de risc cardiovasculars, factors de risc d'úlcera neoplàsica.
- Morfologia: lesions nodulars o en placa que s'arriben a ulcerar.
- Vores: vores eritematoses amb telangièctasis o amb presència de pigment.
- Localització: mentre que les úlceres vasculars, neuropàtiques i diabètiques afecten a localitzacions constants, les neoplàsiques no tenen una zona establerta.
- Fons de la ferida: la presència de teixit de granulació hipertròfic i/o elevació per damunt la superfície cutània és una sospita de lesió neoplàsica.
- Evolució: no resol amb el tractament sinó que s'agreuja.

2.5. Tractament simptomatològic

Tenint en compte les característiques d'aquest tipus de ferides, la cura en ambient humit no sempre serà d'elecció²⁷. La neteja adequada de la ferida amb sèrum fisiològic i el control del teixit no viable i/o desbridament seran fonamentals pel control simptomatològic i per evitar la infecció. Així mateix, l'elecció d'un apòsit correcte^{43,44}. Les cures locals de la ferida es realitzen segons la simptomatologia del pacient o cada 48 hores per mantenir la higiene, sempre tenint en compte la comoditat i decisió del pacient. A continuació, s'expliquen les mesures detalladament per cada símptoma:

2.5.1. Dolor

El dolor de les ferides neoplàsiques és multifactorial. Per una banda, està causat pel creixement del tumor, la pressió contra estructures anatòmiques, l'edema resultant de l'alteració capil·lar i drenatge limfàtic, infecció, exposició de terminacions nervioses i, per l'altra, durant les tècniques i manipulacions per realitzar la cura local^{8,12,15}. Es classifica en funció de la etiologia, evolució o intensitat i s'analitza per mitjà d'escala



com l'escala EVA^{14,44}. S'ha de tenir en compte la possibilitat de tenir el llindar del dolor baix, a causa del deteriorament físic i psicològic i no s'infravalorarà¹.

El dolor augmenta considerablement quan s'ha de retirar l'apòsit i iniciar la cura local⁴³. S'ha de valorar l'aplicació d'anestèsics locals 30 minuts abans de realitzar el procediment: algunes de les presentacions que es troben són la lidocaïna al 2% o gel, morfina en apòsit o la pomada anestèsica EMLA^{12,27}.

Si la cura és molt dolorosa, s'utilitzen fàrmacs segons l'escala analgèsica de la OMS²⁷ i es valorarà la necessitat de sedo-analgèsia, prèvia a la cura, per subcutània. S'ha de tenir en compte algunes mesures: deixar intervals de descans, evitar irrigacions d'elevada pressió, evitar la pressió en la col·locació de l'apòsit i evitar deixar la ferida a exposició ambiental^{1,27,45}.

Es disposa d'apòsits alliberadors de molècules d'ibuprofè que, combinats amb malles de silicona o hidrocoloide, s'han vist efectius per controlar el dolor crònic^{1,2,44}.

2.5.2. Olor

Les ferides neoplàsiques presenten una olor característica, densa, forta i desagradable, provocant al pacient una situació angoixant caracteritzada per aïllament social, depressió i disminució de l'autoestima^{1,46}.

L'olor de les ferides s'associa a la colonització i infecció que produeixen les bacteries aeròbiques i anaeròbiques que resideixen al llit de la ferida necròtica. Les interaccions entre bacteries alliberen gasos volàtils com l'àcid acètic, putrescina i cadaverina, i causen nàusees, vòmits i inapetència a causa de la seva olor fètida^{3,4,8,47}.

El seu maneig es fa per mitjà de l'administració de metronidazol tòpic al 5%, antimicrobians i apòsits de carbó activat i/o plata^{7,27,42,43,48}. Aquests apòsits són eficaços ja que absorbeixen els microorganismes responsables de l'olor i, a més, la seva



associació amb plata augmenta les propietats antimicrobianes pel seu ampli espectre en gèrmens aeròbics i anaeròbics⁹.

Existeixen altres tractaments antibacterians per disminuir la mala olor, com la mel, el iogurt i els apòsits. La mel s'utilitza des de l'època egípcia, i els seus efectes beneficiosos inclouen desbridament de teixit necròtic, antiinflamatori i estimulació del creixement de teixit⁸. El iogurt disminueix la colonització d'alguns tipus de bacteries però es troba controvèrsia entre diferents articles ja que la seva aplicació hauria de ser massa freqüent, el que significaria començar amb el procediment novament cada cop^{4,48-51}.

Per tal de controlar l'olor de l'entorn, s'utilitzen ambientadors per exemple: fragàncies, veles aromàtiques, encens, flors o plantes, esprais etc. Tot i això, en olors molt fortes no sempre són efectius i, en alguns casos, poden produir malestar al pacient, irritació a la pell o ofec^{2,42,52-54}.

2.5.3. Sagnat

L'alta vascularització del tumor augmenta el risc de sagnat. Tot i que en fases avançades i molt vascularitzades es pot presentar per la mateixa opressió de tumor, també té lloc quan es realitza la cura de la ferida. Per tal de minimitzar el risc, s'irrigarà l'apòsit amb solució salina per afavorir el retirament, no es friccionarà durant la cura, s'optarà per desbridament autolític o enzimàtic en el cas que sigui necessari, s'escollirà un agent hemostàtic adequat i un apòsit de malla antiadherent^{2,3,7,8}. Els apòsits d'alginat solen ser d'elecció en ferides sagnants, ja que a part de ser molt absorbents, presenten poder hemostàtic^{2,9,18,55}. L'alginat càlcic, quan entra en contacte amb l'exsudat, ric en ions, produeix un intercanvi entre ions de sodi i de calci que afavoreix l'hemostàsia²⁷. La compressió directa durant 10-15 minuts o l'ús de gel local³ és suficient per controlar petits punts de sagnat, però en cas d'urgència, es pot cauteritzar amb adrenalina tòpica 1/1000, tenint en compte que a nivell local pot produir isquèmia



o necrosis sistèmica i, a nivell sistèmic, augment de la TA i FC^{7,9,18}. En altres casos, s'utilitzen inhibidors de la fibrinòlisis com l'àcid tranexàmic via oral durant màxim 10 dies o pasta de sucralfat^{2,3,8,10,18}.

En alguns casos, si el sagnat es massiu, és efectiva la radioteràpia o cirurgia amb finalitat hemostàtica¹⁸.

Les hemorràgies poden causar la mort imminent. Els pacients i la família han d'estar preparats, per això, es necessari l'explicació cautelosa de la situació en que es troba el pacient, la possibilitat de sagnat, les actituds que han d'emprendre si es produeix, la preparació del material d'emergència i drogues sedatives³. En tot cas es tindran preparades tovalloles absorbents i llençols foscos per reduir l'impacte visual de la sang i intentar transmetre tranquil·litat a la família^{2,18,27}.

2.5.4. Exsudat

L'alteració en la permeabilitat vascular, la infecció i l'alta carga bacteriana produeixen l'exsudat. El millor mètode de control és l'elecció d'un apòsit absorbent adequat⁸. L'apòsit d'hidrofibra, espumes o d'alginat càlcic tenen gran capacitat d'absorció i s'adapten fàcilment al llit tumoral, pel que els fa òptims en ferides profundes o de cavitat. L'apòsit de plata és una altra alternativa que es pot associar amb carbó actiu en el cas de ferides pudents^{9,55}. Addicionalment, per evitar la maceració de la lesió i amb l'objectiu de protegir la pell sana s'utilitzen cremes d'òxid de zinc i àcids grassos^{1,8,14,18,55}.

En el cas que les mesures anteriors no siguin suficients es pot oferir instaurar bosses col·lectores, sempre si la localització i/o forma ho permet².

2.5.5. Prurit

El prurit és la sensació de picor de la pell causat per la pròpia activitat tumoral i altres factors com la neteja de la zona amb sabó i antisèptics inadequats. Mantenir la



hidratació cutània de la pell, banys amb aigua tibia, evitar l'alcohol i el picants, tallar-se les ungles, utilitzar guants de cotó nocturns, evitar la calor i la roba ajustada són algunes de les mesures més efectives per evitar-lo. A nivell farmacològic, hi ha poca evidència de què els corticoides tòpics o hidrogels siguin eficaços pel seu control⁵⁶.

2.6. Impacte psicosocial

Com s'ha comentat anteriorment, les ferides neoplàsiques ocasionen múltiples canvis en l'entorn del pacient tant a nivell personal, familiar, relacional, laboral, social i espiritual. L'esquema corporal és la base de la identitat personal, les transformacions que es produeixen provoquen pèrdues corporals que es manifesten amb ansietat, depressió, disminució de l'autoestima, aïllament social i canvis en la intimitat sexual^{46,57-59}.

Segons la localització de la ferida i la fase en que es trobi, el pacient haurà de modificar els seus hàbits per la falta de cicatrització i les complicacions que comporten. També pot afectar-se la mobilització que, segons *Hammer*, és l'aspecte que més impacta en l'autonomia i independència de la persona^{15,60}.

Per altra banda, la cura local és dolorosa i causa ansietat anticipada respecte el canvi d'apòsits, desbridament i neteja¹⁵, per aquest motiu és essencial la bona pràctica infermera, anticipant l'explicació del procediment i prenent les mesures adients.

Un altre aspecte relacionat amb la simptomatologia és la pèrdua d'apetit, nàusees, vòmits, pèrdua de pes i la dificultat en conciliar el son. Aquests aspectes disminueixen l'estat d'ànim de la persona, la sensació de benestar i deriven a un aïllament social^{57,61}.

També s'ha de considerar la situació en que es troben els familiars i cuidadors ja que ho viuen en primera persona^{7,42,62}.



Mantenir l'esperança en una situació d'aquestes és complicada perquè la ferida recorda l'evolució de la patologia i la proximitat de la mort. Els pacients descriuen la situació com "viure en un nou món⁵⁹".

2.7. Limfedema

Una de les complicacions més freqüents de l'abordatge terapèutic del càncer de mama és el limfedema. Un 30% de les dones intervingudes quirúrgicament amb extracció de ganglis axil·lars en desenvolupen i té lloc a partir d'una interferència i obstrucció del flux limfàtic del braç. La xifra augmenta si el pacient ha rebut radioteràpia^{20,63}.

El limfedema és l'acumulació de proteïnes en el líquid intersticial, a causa d'una anomalia en el sistema limfàtic que impedeix el drenatge. La funció de reabsorció de proteïnes s'altera i comporta un desequilibri electrolític. Es manifesta per mitjà d'un edema tou amb fòvea que pot progressar a un edema sense fòvea i creixement irreversible de l'extremitat. En alguns casos, es pot produir fibrosis progressiva, obstrucció dels vasos limfàtics i cel·lulitis de repetició^{37,64-66}.

Segons la etiologia es pot classificar en primari o secundari; el primari es causat per factors genètics, aplàsia, hipoplàsia o disfunció de vasos sanguinis, mentre que l'altre és conseqüència d'un trauma, càncer, cirurgia o infecció que obstrueix els vasos⁶⁴⁻⁶⁶. Acostuma a afectar a extremitat i genitals.

Mentre que en països subdesenvolupats la causa és la infecció, en països desenvolupats es relaciona amb el tractament quirúrgic del càncer⁶⁴.

Per tal diagnosticar-lo, es realitza un anamnesis on s'analitza el temps d'inici, l'àrea afectada, símptomes associats, fàrmacs que pren el pacient, antecedents patològics i familiars i els tractaments previs realitzats. Després, es mesura el perímetre de l'extremitat i s'observa la suavitat de la pell, la presència de fòvea, adenomegàlies i es valora el sistema vascular.



La primera simptomatologia que apareix és la sensació de pesadesa en el braç, enduriment d'alguna zona i pèrdua de sensibilitat. Després, augmenta el diàmetre del l'extremitat i causa dolor i dificultat en la mobilització. És fàcil que es formin clivelles a la superfície, pel que és vital prendre mesures higièniques i evitar la infecció ja que pot desencadenar linfagitis^{63,64,67}.



3. OBJECTIUS

3.4. Objectiu general

Millorar l'abordatge de les lesions neoplàsiques, mitjançant la creació d'un pla de cures estandarditzat basat en la taxonomia Nanda, Noc i Nic, per tal de controlar la simptomatologia i millorar la qualitat de vida del pacient per mitjà de les cures pal·liatives.

3.5. Objectius específics

- Introduir conceptes sobre les lesions neoplàsiques.
- Augmentar els coneixements i opcions terapèutiques de les lesions neoplàsiques amb la millor evidència.



4. METODOLOGIA

4.4. Població Diana

L'elaboració del pla de cures es dirigeix a les persones que tenen una afectació cutània d'origen tumoral, independentment de l'edat o del sexe. S'elabora per ajudar al personal d'infermeria a conèixer quins són els problemes, tant físics com psicològics, i complicacions d'una lesió neoplàsica i a unificar quines són les intervencions més adequades per tractar-ho.

El pla de cures es dissenya a partir d'un cas clínic concret, però és extrapolable a qualsevol cas semblant, encara que la zona d'afectació sigui diferent.

4.5. Metodologia de cerca

Per elaborar el treball s'efectua una cerca bibliogràfica en bases de dades científiques de l'àmbit de ciències de la salut. S'ha realitzat la cerca des de novembre fins a l'abril de l'any acadèmic 2019-2020 en les següents bases de dades: *PubMed*, *Google Academic*, *Dialnet*, *Elsevier*, *Scielo* i *Cochrane library*. També s'han utilitzat llibres i manuals en format electrònic, evidenciats científicament i compartits a la xarxa complets i gratuïts. S'ha fet una cerca en la literatura gris. Aquesta conté tota la documentació que no ha sigut publicada per vies comercials habituals. Inclou tesis, informes, actes, resums de congressos, llistes de distribució, bolletins, blogs, guies de practica clínica, revisions sistematitzades, projectes d'assajos clínics, avaluacions, ponències etc. Proporciona una visió ampla i no esbiaixada d'evidències existents sobre un problema de la salut de difícil accés per un buscador habitual com *Google*, així que s'utilitzaran buscadors especialitzats com *OpenGrey*, *Sigma Repository*, *OAlster*, *Grey Literature Report*, entre d'altres. En aquests buscadors no s'ha trobat informació rellevant sobre el meu tema i no he trobat cap resultat relacionat directament amb "malignant wounds" "fungating wounds" així com l'abordatge d'aquestes. Altres pàgines com la pàgina web de



l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i la pàgina web de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) també han resultat útils respecte a les dades estadístiques.

Per acotar la cerca, s'elaboren criteris d'inclusió i exclusió:

<u>Criteris d'inclusió</u>	<u>Criteris d'exclusió</u>
<ul style="list-style-type: none">✓ Articles publicats entre el 2000-2020.✓ Articles en català, castellà i anglès.✓ Articles complets, gratuïts o bé accessibles a través del Proxy o subscripció.✓ Articles relacionats amb el meu tema de treball.✓ Articles que abordin cada un dels objectius dissenyats en el pla de cures aplicats a la oncologia i/o cures pal·liatives.✓ Documents internacionals.✓ Població adulta.	<ul style="list-style-type: none">✓ Documents de pagament.✓ Documents incomplets.✓ Documents amb escassetat d'evidència científica.

Taula 5 Criteris d'inclusió i exclusió. Elaboració pròpia.

Alguns dels descriptors DeCS i MeSH utilitzats han estat: *úlceres tumorals, cures pal·liatives, heridas neoplásicas, palliative care, fungating wounds, skin ulcer, wounds and injury, quality of life, wound management, malignant wound, neoplasm*. Amb aquests termes no s'ha trobat els resultats esperats en totes les bases comentades anteriorment, però s'han obtingut resultats interessants respecte cada aspecte tractat en el treball, per exemple la simptomatologia, les escales de validació, intervencions per millorar l'autoestima, insomni, preocupacions del pacient oncològic etc.



Per la selecció dels articles, s'estableixen diferents cadenes de cerca en les bases citades anteriorment, utilitzant operadors booleans "AND" per combinar conceptes, "OR" per donar altres opcions de recerca, "NOT" per excloure aquells articles que no s'inclouen en els criteris d'inclusió.

Els articles i guies clíniques que han estat més útils per la unificació de problemes que comporten les lesions malignes, com abordar-les i, seguidament, poder elaborar el pla de cures són les següents:

Any	Autor/s	Títol
2006	Susie Seaman	<i>"Management of malignant fungating wounds in advanced cancer"⁷</i> .
2007	Patricia Grocott	<i>"Care of patients with malignant wounds"⁸</i> .
2007	Patricia O Regan.	<i>"The impact of cancer and its treatment on wound healing"³⁷</i> .
2008	F.Palomar, B.Fornes, P.Díez, V.Muñoz, V.Lucha.	<i>"Guía de actuación en lesiones Oncológicas"¹¹</i> .
2011	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.	<i>"Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas"²⁷</i> .
2012	Ana Eva Granados Matute, Ángela Cejudo López, Mercedes Barroso Vázquez, Montserrat Cordero Ponce, Rosario Jiménez León, Isabel Romero Sánchez.	<i>"Cuidados del paciente con herida tumoral"¹⁷</i> .



2012	Montiel Vaquer.	<i>"Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral;cutánides²".</i>
2014	Societat Espanyola de Cures Pal·liatives.	<i>"Planes de cuidados estandarizados de Enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales⁶⁸".</i>
2015	Lorenzo Pérez, Felipe Cañadas, Rocío García, María de los Ángeles Turrado, Gábor Ángeles Fernández, Matilde Moreno, Dolores López, Manuel Corredor, José Puentes.	<i>"Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas⁹".</i>
2015	Grup de treball d'infermeria de la Societat Andalus de Cures Pal·liatives	<i>"Guía práctica de abordaje integral de las úlceras tumorales¹⁰".</i>
2015	European Oncology Nursing Society (EONS).	<i>"Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds⁴²".</i>
2015	Emilce Vargas, Ivonne Alfonso, Dora Solano, Marcela Aguilar, Vanessa Gómez.	<i>"Heridas neoplásicas: aspectos básicos del cuidado de enfermería¹⁴".</i>
2016	Xunta de Galicia.	<i>"Colección de Guías Prácticas de Heridas del Servicio Gallego de Salud: Nº4 Lesiones Cutáneas Neoplásicas¹".</i>
2016	Charles Tilley, Jana Lipson, Mark Ramos.	<i>"Palliative wound care for malignant fungating wounds¹⁵".</i>
2017	Trudie Young.	<i>"Caring for patients with malignant and end-of-life wounds⁵".</i>

Taula 6 Descripció resumida de les guies i articles seleccionats. Elaboració pròpia.



4.6. Limitacions

La cerca d'articles i guies relacionades amb les lesions neoplàsiques no ha estat difícil, tot i que escasseja l'actualització d'aquestes i l'agrupació de tots els aspectes a contemplar en una lesió neoplàsica. En particular, he trobat molta informació sobre el control simptomatològic però no tant en altres problemes que poden esdevenir secundàriament com el risc de desnutrició o insomni.

Un altre qüestió a tractar és que molts articles d'interès són de pagament i tampoc accessibles amb el Proxy. Per exemple, amb el terme MeSH "fungating wounds" a PubMed es troben 78 articles i només a text complet 9. De la mateixa manera, a Elsevier se'n troben 138 i només 11 gratuïts.

A fi de realitzar un bon abordatge de les ferides neoplàsiques, es necessari establir intervencions i/o activitats específiques NIC destinades a aquest camp. Hi ha un gran buit en quant a la identificació d'una intervenció que inclogui activitats específiques per la cura d'una ferida neoplàsica.

Mentre que hi ha evidència del cost-efectivitat que provoquen les ferides cròniques, no se n'ha troba que facin referència a aquest tipus, és més, queden excloses de molts articles.

L'extrapolació dels resultats de l'aplicació del pla de cures no és complex, tot i que s'haurà d'individualitzar en cada cas, incidint en la part psicològica, ja que els canvis emocionals són molt variables i es relacionen directament amb els factors econòmics, familiars i socials.

4.7. Consideracions ètiques

Brindar una atenció amb qualitat, eficiència, respecte de la llibertat i preservació de la vida humana és fonamental per establir el procés de cures infermeres. El reconeixement de la dignitat és independent de l'ètnia, situació social, econòmica,



ideològica o creences, gènere, estat de salut, grau de consciència, edat, entre d'altres, i requereix un compromís ètic. La professió infermera va unida a 5 valors principals: responsabilitat, autonomia, intimitat i confidencialitat, justícia social i compromís professional que s'emmarquen en el codi ètic del col·legi d'infermeria català.

Pel que fa a la responsabilitat, les infermeres proporcionen cures segures, competents, compassives i conformes amb l'ètica de la persona. Les infermeres respecten l'autonomia de la persona, és a dir, el dret a ser informades i a prendre lliurement la seva decisió. Encara que la persona rebutgi un tractament, es segueix tenint la cura adequada al procés per respectar la seva voluntat. Es promou la planificació anticipada de decisions sanitàries i/o voluntats anticipades i es vetlla perquè es respectin. Per garantir el benestar de la persona és essencial preservar la intimitat i confidencialitat i protegir els drets en la relació professional. Les infermeres es comprometen a tractar les persones per igual i a garantir un accés i educació equitativa, així com la gestió eficients dels serveis de salut i la distribució adequada de recursos. La infermera vetlla per una relació adequada amb l'equip, es compromet amb l'actualització de les seves competències en tota la carrera professional, col·labora en la formació dels estudiants, protegeix el medi ambient, no fa un mal ús de les xarxes socials i es comunica de manera honesta, té dret a no realitzar procediments si van en contra de les seves creences morals però no pot fer objecció de consciència en una situació crítica pel pacient⁶⁹.

Els valors anteriors són essencials per l'elaboració del pla de cures. Tenint en compte la situació pal·liativa de les persones afectes per una ferida neoplàsica s'haurà d'oferir una planificació anticipada de decisions sanitàries (PADS) o voluntats anticipades preveient situacions futures.



5. PROCÉS D'ATENCIÓ INFERMERA: PLA DE CURES

5.4. Cas clínic

Es presenta el cas d'una dona de 65 anys que presenta una ferida neoplàsica de 6 mesos d'evolució causada a partir d'un carcinoma nodular metastàtic. El Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES) està al càrrec de la valoració rutinària i cura de la ferida i acudeix a domicili 2 cops per setmana, que també realitza l'educació sanitària i adapta les cures conforme l'evolució. La ferida va iniciar amb un eritema en zona mamari dreta amb 3 petits nòduls de 18x15mm dels quals es va fer un estudi histològic. Va començar amb un tractament experimental amb quimioteràpia (QT) incloent 5-fluorouracilo, doxorubicina i mitocina C, a causa de no presentar resposta en les 8 setmanes següents es va abandonar la QT i d'acord amb el pacient i família, es decideix iniciar tractament simptomàtic amb cura pal·liativa a càrrec de PADES⁷⁰.

Al 2014 se li havia realitzat una mastectomia parcial dreta, extracció de ganglis axil·lars drets i amb tractament de radioteràpia a causa d'un tumor de mama maligne. La pacient es troba lliure de malaltia durant aquests anys. Presenta HTA controlada amb tractament.

En la visita actual, els nòduls tenen una mida mitjana de 4cm, s'estenen per la zona toràcica dreta. Alguns presenten ulceració i s'acompanyen de dolor i exsudat fètid, la coloració és rosada.

Pauta farmacològica actual: enalapril, loracepam, amitriptilina, morfina oral, rescats de morfina i midazolam subcutani, lactulosa s/p, metoclopramida s/p, fluconazol s/p. Per tal d'alentir l'evolució del càncer, pren teràpia hormonal amb exemestano⁷¹.

5.5. Valoració infermera segons Marjory Gordon



Per realitzar la valoració d'aquest cas clínic, s'escullen els 11 patrons de *Marjory Gordon*, que ens permeten entendre la persona de forma holística, independentment de l'edat, cures o malalties, facilita l'avaluació de la salut i ens orienta al diagnòstic infermer. S'utilitzen escales de valoració per acotar les necessitats.

✓ Patró 1: percepció-maneig de la salut

La pacient explica angoixada la malaltia que pateix, la coneix i en sap tant el pronòstic com l'evolució. Fa 6 anys es va sotmetre a tractament quirúrgic i de radioteràpia per carcinoma mamari que ara ha metastatitzat a nivell cutani. El seguiment de la seva patologia és realitzat per l'equip de PADES qui li realitza les cures 2 cops a la setmana. La pacient es realitza les cures la resta de la setmana amb la col·laboració del seu marit.

No presenta al·lèrgies ni hàbits tòxics, tot i que fa 5 anys fumava 4 cigarretes diàries. Explica que va a caminar 2 cops a la setmana 30min.

El calendari de vacunació el té complet i segueix els controls mèdics corresponents.

Ha tingut ingressos previs, alguns relacionats amb el càncer primari de mama. Explica haver rebut transfusions sanguínies en la intervenció de mama.

No té cap malaltia de transmissió sexual.

✓ Patró 2: nutricional-metabòlic

Realitza 3 menjades al dia, segueix una dieta sense sal, variada i equilibrada, però en menja poca quantitat. Explica que té aversió per alguns aliments. Durant aquests últims mesos ha perdut pes a causa de la situació en que s'enfronta, fins a 7 kg. Actualment pesa 54kg, mesura 1'65m i l'índex de massa corporal és de 19'85. Se li realitza el qüestionari MNA, en el cribratge s'obté un resultat de 4 que interpreta malnutrició i en l'avaluació global 14'5 punts afirmant malnutrició. Pren vitamines suplementaries. No presenta problemes de deglució ni simptomatologia digestiva.



La dentadura s'observa íntegra i completa sense lesions a la mucosa oral, amb bon aspecte d'hidratació bucal. L'aport hídric és adequat, presentant bona hidratació de pell.

La ferida neoplàsica presenta ulceració en la mama dreta i hemitòrax dret, s'estén cap a nivell axil·lar, presentant lesions eritematoses i nòduls que es reproduïxen. La temperatura de la pell és de 36'6°C.

✓ Patró 3: eliminació

Presenta estrenyiment ocasional, que s'associa a l'ús d'opiacis pel control del dolor, disminució de l'activitat física respecte a la d'abans i disminució de la quantitat d'ingesta. El ritme intestinal habitual és d'un cop cada tres dies, es valora la consistència de la femta amb l'escala Bristol i s'obté un resultat de 2 que indica estrenyiment lleuger. Refereix que algun dia precisa de laxants. En la valoració, l'abdomen es troba tou a la palpació, sense distensió abdominal.

Respecte l'eliminació urinària, no manifesta disúria, orina freqüentment, de 6 a 7 cops al dia, coloració ambre i sense olor.

Explica que alguna nit s'angoixa i presenta diaforesis.

No és portadora d'ostomia, drenatges ni sonda.

✓ Patró 4: activitat-exercici

Independent per les AVDI. Camina 30 min 2 cops per setmana amb el seu marit. Explica que li agraden les activitats creatives (pintar, dibuixar...) i que l'ajuda a controlar els alt-i-baixos de la patologia. Fa 1 anys és va jubilar per la invalidesa de la malaltia. Presenta mobilitat de tots els membres. Test Allen positiu en membres superiors. La tensió arterial en el moment de la valoració és de 149/94 i freqüència cardíaca de 68x'.



✓ Patró 5: son-descans

Explica que mai havia tingut problemes de son, però des de què li van diagnosticar el primer càncer pateix d'insomni. Pren Loracepam que és efectiu i s'aixeca descansada dormint un total de 6 hores cada nit i 30 minuts de migdiada. Viu en un entorn tranquil, lliure de sorolls aliens.

✓ Patró 6: cognitiu-perceptual

Està conscient i orientada en temps i espai. No té problemes idiomàtics. Utilitza ulleres de manera habitual i no té alteració en els altres sentits. Presenta dolor continu en tota la part de la ferida i malestar físic. En la visita s'obté una EVA de 5, el qual es controla lleugerament amb l'analgèsia pautaada.

Mai ha tingut dificultat per prendre decisions i es descriu com una persona positiva, tot i els alt-i-baixos actuals.

✓ Patró 7: autopercepció-autoconcepte

Explica que li incomoda l'evolució de la lesió i l'olor que causa al realitzar la cura. Té por a l'aspecte que pugui donar quan empitjori. L'autoestima i l'estat d'ànim que presenta és baix. Durant el dia manté l'ànim i es troba positiva, però a la nit reconeix que s'enfonsa. Les sessions amb els psicòlegs l'ajuden a afrontar al problema. Es realitza el test d'ansietat de Golberg amb resposta afirmativa de totes les preguntes i s'identifica ansietat. La mateixa escala valora la depressió que també s'identifica. Pren tractament.

✓ Patró 8: rol-relacions

Viu amb el seu marit, les dos filles s'han independitzat tot i que viuen a prop i la visiten amb freqüència. Explica que té molt bona relació amb tota la família i li donen molt suport. Es realitza un qüestionari d'Apgar familiar amb una puntuació de 20 que



interpreta funcionalitat familiar normal. Té un vincle social ampli però actualment no vol desplaçar-se. Fins fa dos mesos seguia acudint a les activitats que realitzava l'associació de dones del seu poble, ara no en té ganes.

✓ Patró 9: sexualitat-reproducció

La menarquia es va presentar als 14 anys i la de la menopausa als 52. Va tenir 2 embarassos i cap avortament. Actualment, no presenta lividesa perquè li incomoda l'estat físic.

✓ Patró 10: adaptació-tolerància a l'estrès

Presenta ansietat i estrès, i acut al psicòleg 1 cop a la setmana. Reconeix que li és de gran ajuda poder explicar els seus problemes a una persona externa. Tot i saben el diagnòstic i el pronòstic, viu el dia a dia el millor que pot. Pren mesures farmacològiques. L'olor i el dolor és la simptomatologia que més l'angoixa. Per tal de valorar l'estat clínic-funcional, se li passa l'escala de Karnofsky i s'obté una puntuació de 80, el qual identifica que pot realitzar les AVDI normals amb esforç i amb simptomatologia.

✓ Patró 11: valors-creences

Catòlica no practicant. Té por a la mort.

(Les escales corresponents es troben en l'Annex 3-11)

5.6. Identificació de problemes

D'acord amb la valoració, s'identifiquen una sèrie de problemes relacionats amb el diagnòstic: la lesió produeix deteriorament de la integritat cutània que produeix una alteració de la imatge, el que repercuteix a l'autoestima de la pacient. Conseqüentment, el creixement de la ferida causa ansietat i estrès a causa de què la malaltia no remet sinó que avança i també es relaciona amb la simptomatologia



associada, com per exemple la mala olor. El dolor es controla amb opiacis i, com a conseqüència, li causa estrenyiment ocasional. La pacient sap que pot presentar altres problemes associats com el sagnat en la zona de la ferida. A la valoració s'ha observat que la pacient ha perdut 7kg en els últims mesos identificant malnutrició amb l'escala MNA resultat de 14'5 punts. D'altra banda, explica que li costa conciliar sinó pren la medicació.

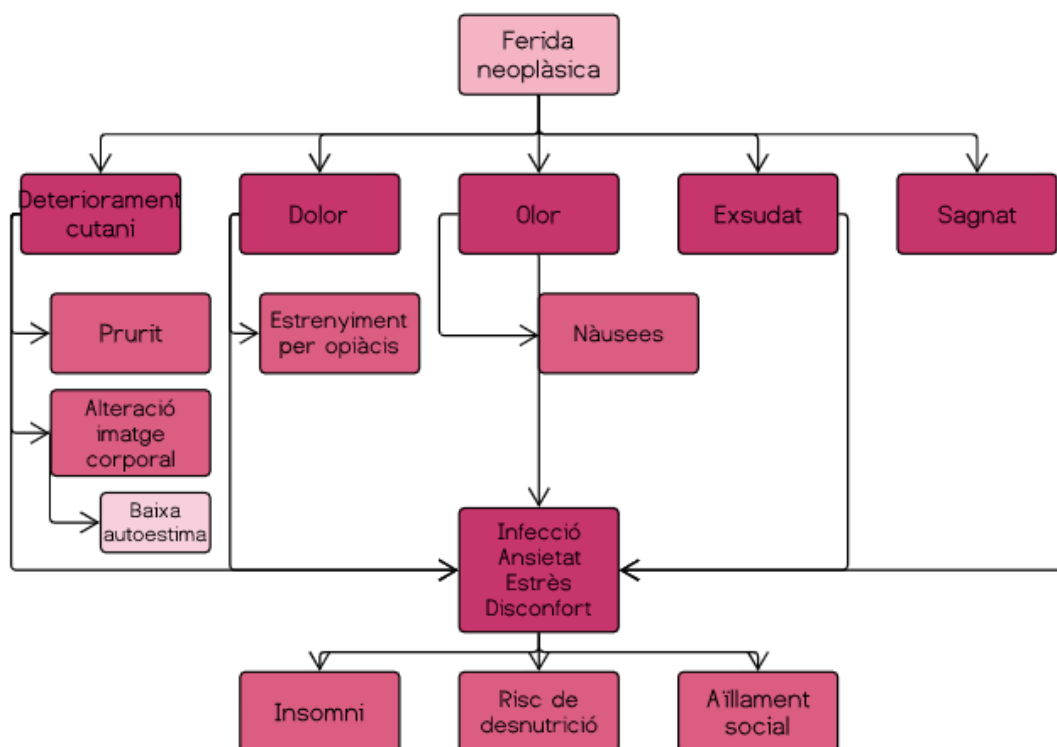


Figura 26 Relació de problemes. Elaboració pròpia.

5.7. Elaboració del pla de cures segons la taxonomia Nanda, Noc, Nic⁷²⁻⁷⁴

Per tal de fer el pla de cures he identificat els diagnòstics NANDA en base a la valoració prèvia, i en base a ells he establert els NOC que m'han servit per planificar les intervencions (NIC) i per la posterior avaluació i finalment he fet les activitats basades en l'evidència científica que em permetran assolir els objectius del pla de cures. Els NOC contenen una escala de *Likert* de 5 punts per mesurar l'estat del pacient



i identificar que es vol aconseguir amb les intervencions (NIC). A més, també ens ajuda a puntuar l'ítem en un moment donat.

Taxonomia NANDA	
Domini 11	Seguretat/protecció
Classe 2	Lesió física
Etiqueta	00046 deteriorament de la integritat cutània.
Diagnòstic infermer	Alteració de l'epidermis i la dermis r/a alteració de la circulació, alteració de la sensibilitat i alteració de l'estat metabòlic m/p alteració de la integritat de la pell, dolor agut i sagnat.
Justificació	La pacient presenta una ferida neoplàsica en zona d'hemitòrax dret i mama dreta, originada per la metàstasis d'un carcinoma mamari. La seva evolució deteriora la pell, no es recidiva i envaeix estructures adjacents.
<i>Per aquest diagnòstic es formulen dos resultats esperats, amb les intervencions corresponents.</i>	
1º NOC	
Domini (II)	Salud fisiològica
Classe (L)	Integritat tissular
Resultat esperat	1101 Integritat tissular: pell i membranes mucoses
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">110113 integritat de la pell <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Greument compromès (puntuació 1); no compromès (puntuació 5). Es pretén aconseguir que el deteriorament cutani sigui el mínim, per això s'haurà d'obtenir una puntuació quasi de 5. Les cures locals de la lesió seran fonamentals per obtenir-lo.</i></p> <ul style="list-style-type: none">110105 pigmentació anormal



	<ul style="list-style-type: none">• 110115 lesions cutànies• 110118 càncer cutani• 110121 eritema• 110124 induració <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Greu (puntuació 1); ningun (puntuació 5). Aquest resultat anirà en funció l'evolució cancerígena i l'adaptació a les cures. Es pretén aconseguir la màxima puntuació, tot i que en alguns d'ells no es podrà aconseguir ja que són la pròpia malaltia. Per tant, ja que la cicatrització d'aquestes ferides es gairebé impossible, s'intentarà escollir les mesures més adequades pel seu control.</i></p>
Justificació	Tot i que l'evolució del càncer no la podem controlar, si que podem millorar la simptomatologia de la ferida i aconseguir el mínim deteriorament possible de la pell aplicant mesures per minimitzar els factors de risc. És fonamental fer el seguiment de la ferida.
1º NIC	
Camp	Fisiològic
Classe (L)	Control de pell i ferides
Intervencions	3590 Vigilància de la pell (<i>Recollida i anàlisis de dades del pacient amb el propòsit de mantenir la integritat de la pell</i>).
Activitats	<ul style="list-style-type: none">✓ Observar si hi ha envermelliment, calor extrem, edema o drenatge en la pell i les mucoses^{75,76}.✓ Vigilar el color i temperatura de la pell^{75,76}.✓ Observar si hi ha erupció i abrasions en la pell^{75,76}.✓ Observar si hi ha infeccions⁷⁵.✓ Documentar canvis en la pell⁷⁵.



	✓ Instruir a la familiar davant els signes de pèrdua d'integritat de la pell, segons correspongui ^{75,76} .
2º NOC	
Domini (II)	Salud fisiològica
Classe (L)	Integritat tissular
Resultat esperat	1103 Curació de la ferida: per segona intenció.
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 110321 disminució de la mida de la ferida <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Ningun (puntuació 1); extens (puntuació 5). L'objectiu és aconseguir el mínim de puntuació possible. Després de les intervencions, es pretén que, encara que la ferida creixi, es prenguin les mesures adients per controlar la simptomatologia que comporten.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• 110303 secreció purulenta• 110304 secreció serosa• 110305 secreció sanguinolenta• 110307 eritema cutània circumdant• 110322 inflamació de la ferida• 110317 olor de la ferida <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Extens (puntuació 1); ningun (puntuació 5). L'objectiu és aconseguir el màxim de puntuació possible, tot i que en alguns indicadors serà difícil de controlar tot i les mesures terapèutiques per la pròpia evolució.</i></p>
Justificació	Aspectes a tenir en compte en la ferida per tal de minimitzar els factors que desafavoreixen el control de la simptomatologia i propicien la infecció.
2º NIC	



Camp	Fisiològic
Classe (L)	Control de pell i ferides
Intervencions	3664 Cura de les ferides: absència de cicatrització (<i>Cures pal·liatives i prevenció de les complicacions d'una ferida maligna o un altre tipus quan no es previsible la cicatrització</i>).
Activitats	<ul style="list-style-type: none">✓ Proporcionar un control adequat del dolor⁴⁵.✓ Acordar la realització de descans mentre es realitzen procediments en l'úlcer^{7,8,37,45}.✓ Humidificar l'apòsit amb solució salina abans de retirar-lo^{7-9,14}.✓ Descriure les característiques de la ferida, observant la mida, ubicació, exsudat, color, hemorràgia, dolor, olor i edema^{75,76}.✓ Registrar els canvis observats en l'evolució^{75,76}.✓ Observar signes i símptomes d'infecció¹¹.✓ Irrigar la ferida amb aigua o solució salina, evitant una pressió excessiva^{7-9,45}.✓ Netejar la ferida, començant des de la zona més neta a la menys^{14,75}.✓ Utilitzar apòsits de carbó activat, espumes, alginats i hidrofibra^{7-9,37}. Evitar l'ús d'hidrocoloides i hidrogels per evitar la retenció de la humitat¹⁵.✓ Utilitzar apostis molt absorbents quan sigui abundant la secreció. Realitzar canvis segons la simptomatologia, sinó es necessari el canvi no s'ha de realitzar i si l'apòsit està correcte, les cures es realitzaran cada 48 hores, tot i que les exsudatives requeriran canvis freqüents^{8,9,37}.✓ Utilitzar crema barrera per evitar la maceració (òxid de zinc, àcids hiperoxigenats)^{1,3,14}.



	<ul style="list-style-type: none">✓ Aplicar pressió manual sobre els punts hemorràgics o en les zones on pugui haver sagnat^{6,9,14}.✓ Ensenyar als familiars el procediments per la cura de la ferida^{75,76}.
--	--

Taula 7 Pla de cures: deteriorament de la integritat cutània. Elaboració pròpia.

Taxonomia NANDA	
Domini 12	Confort
Classe 1	Confort físic
Etiqueta	00133 Dolor crònic
Diagnòstic infermer	Dolor crònic r/a agent lesiu m/p informe d'intensitat del dolor mitjançant l'escala estandarditzada de valoració del dolor.
Justificació	La lesió és dolorosa i precisa d'analgèsia pautada, en té pautada de rescat.
Per aquest diagnòstic es formulen dos resultats esperats, amb les intervencions corresponents.	
1º NOC	
Domini (IV)	Coneixement i conducta de salut
Classe (S)	Coneixement sobre la salut
Resultat esperat	1843 Coneixement: maneig del dolor
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 184302 signes i símptomes del dolor• 184303 estratègies per controlar el dolor• 184304 estratègies per manejar el dolor crònic• 184306 ús correcte de la medicació prescrita• 184334 beneficis del autocontrol continu del dolor <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Ningun coneixement (puntuació 1); coneixement extens (puntuació 5).</i></p>



	Es vol aconseguir una puntuació de 5.
Justificació	Ajudar a la pacient a controlar el seu dolor.
1º NIC	
Camp	Fisiològic
Classe (E)	Foment de la comoditat física
Intervencions	1400 Maneig del dolor (<i>Alleujament del dolor o disminució del dolor a un nivell de tolerància que sigui acceptable pel pacient</i>).
Activitats	<ul style="list-style-type: none">✓ Realitzar una valoració exhaustiva del dolor que inclogui la localització, característiques, aparició/duració, freqüència, qualitat, intensitat o gravetat del dolor i factors desencadenants^{1,27,44,45}.✓ Assegurar-se que el pacient rebi les cures analgèsiques corresponents^{1,12,14,27,44,45}.✓ Explorar amb el pacient els factors que alleugen/empitjoren el dolor^{1,27,44,45}.✓ Ajudar al pacient i a la familiar a obtenir suport^{1,27,44,45}.✓ Proporcionar informació sobre el dolor, les causes, el temps i incomoditats que s'esperen^{1,12,27,44,45}.✓ Controlar els factors ambientals que puguin influir en la resposta del pacient a les molèsties^{1,27,44,45}.✓ Considerar la voluntat del pacient per participar, la seva capacitat de participació, preferències, suport per part dels familiars, i contraindicacions al seleccionar una estratègia de d'alleujament del dolor^{1,27,44,45}.✓ Ensenyar els principis del maneig del dolor^{1,27,44,45}.✓ Ensenyar mètodes farmacològics d'alleujament del dolor^{1,27,44,45}.



	<ul style="list-style-type: none">✓ Utilitzar mesures de control del dolor abans que sigui molt intens^{1,27,44,45}.✓ Avaluar l'eficàcia de les mesures d'alleujament del dolor a través d'una valoració continua de l'experiència dolorosa^{1,27,44,45}.✓ Utilitzar un enfocament multidisciplinari pel maneig del dolor^{1,27,44,45}.
2º NOC	
Domini (V)	Salut percebuda
Classe (V)	Simptomatologia
Resultat esperat	2102 nivell del dolor
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 210201 dolor referit• 210204 duració dels episodis de dolor• 210215 pèrdua d'apetit• 210227 nàusees• 210208 inquietud• 210206 expressions facials de dolor <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Greu (puntuació 1); ningun (puntuació 5). Inicialment i sense farmacologia el grau de dolor s'apropa a nivell 1. Com a resultat es vol obtenir una puntuació de 5, que estarà influenciat pel transcurs de la patologia i l'efectivitat de les mesures terapèutiques.</i></p>
Justificació	Valorar i disminuir el grau de dolor.
2º NIC	
Camp	Fisiològic
Classe (H)	Control de fàrmacs



Intervencions	2380 Maneig de la medicació (<i>Facilitar la utilització segura i efectiva dels medicaments prescrits i de lliure dispensació</i>).
Activitats	<ul style="list-style-type: none">✓ Observar els efectes terapèutics de la medicació al pacient⁷⁷⁻⁷⁹.✓ Observar si es produeixen efectes adversos de la medicació⁷⁷⁻⁷⁹.✓ Controlar el compliment del regim de medicació⁷⁷⁻⁷⁹.✓ Ensenyar al pacient i/o familiars el mètode d'administració dels fàrmacs⁷⁷⁻⁷⁹.✓ Observar si es produeixen interaccions farmacològiques no terapèutiques⁷⁷⁻⁷⁹.✓ Observar si hi ha resposta als canvis en el regim de medicació⁷⁷⁻⁷⁹.✓ Explicar al pacient i/o familiars la acció i els efectes secundaris esperats de la medicació⁷⁷⁻⁷⁹.

Taula 8 Pla de cures: dolor crònic. Elaboració pròpia.

Taxonomia NANDA	
Domini 12	Confort
Classe 1	Confort físic
Etiqueta	00132 Dolor agut
Diagnòstic infermer	Dolor agut r/a agent lesiu físic m/p alteració del to muscular, canvis en la respiració, tensió arterial i pols, conducta expressiva.
Justificació	Durant la cura de la ferida, la pacient verbalitza el dolor que li causa. Els apòsits adhesius, els de gassa, productes que s'empeguen a la ferida, la neteja, experiència prèvia i la por al dolor són factors que augmenten el dolor.



Taxonomia NOC	
Domini (V)	Salut percebuda
Classe (V)	Simptomatologia
Resultat esperat	2102 nivell del dolor
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 210201 dolor referit• 210204 duració dels episodis de dolor• 210215 pèrdua d'apetit• 210227 nàusees• 210208 inquietud• 210206 expressions facials de dolor <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Greu (puntuació 1); ningun (puntuació 5). Inicialment i sense farmacologia el grau de dolor s'apropa a nivell 1. Com a resultat es vol obtenir una puntuació de 5, que estarà influenciat pel transcurs de la patologia i l'efectivitat de les mesures terapèutiques.</i></p>
Justificació	Valorar i disminuir el grau de dolor.
Taxonomia NIC	
Camp	Fisiològic complex
Classe (L)	Control de la pell/ferides
Intervencions	3680 Irrigació de ferides (<i>irrigació o rentat de les ferides amb una solució</i>).
Activitats	<ul style="list-style-type: none">✓ Proporcionar analgèsics 30 minuts abans de la cura (antiinflamatoris, lidocaïna, opioides)^{12,14,80,81}.✓ Ajudar al pacient a adoptar una posició còmoda, assegurant que la solució caigui per gravetat des de la zona menys contaminada a la més, i després es recollit a la batea⁸⁰.



	<ul style="list-style-type: none">✓ Retirar l'embenatge i inspeccionar la ferida i el teixit circumdant, notificant les anomalies al professional sanitari apropiat⁸⁰.✓ Rentar la ferida suaument amb la solució fins que el líquid de recollida sigui net, assegurant que la punta de la xeringa quedi a 2'5 cm per damunt la ferida^{12,14,80,81}.✓ Per tal de disminuir el dolor en una cura, és molt important seleccionar un apòsit adequat i que causi menys lesió a l'hora de retirar-lo, per exemple, alginat càlcic, o una escuma. Irrigar l'apòsit amb solució salina abans de retirar-lo^{8,12,80-82}.✓ Reduir el nombre possible de cures¹².✓ Fer pauses mentre es realitza la cura¹⁴.✓ Valorar resposta analgèsica segons l'escala EVA¹⁴. <p><i>Les activitats aplicades pel dolor crònic també poden ser aplicades per aquest diagnòstic, igual que a la inversa.</i></p>
--	--

Taula 9 Pla de cures: dolor agut. Elaboració pròpia.

Taxonomia NANDA	
Domini 11	Seguretat/protecció
Classe 1	Infecció
Etiqueta	00004 risc d'infecció
Diagnòstic infermer	Risc d'infecció r/a alteració de la integritat de la pell.
Justificació	Les ferides neoplàsiques tenen un alt risc d'infecció a causa de la proliferació bacteriana. La cura local anirà enfocada a destruir la carga bacteriana i evitar complicacions com la infecció.



NOC	
Domini (IV)	Coneixement i conducta de salut
Classe (S)	Coneixement sobre la salut
Resultat esperat	1842 Coneixement: control de la infecció
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 184202 factors que contribueixen en la transmissió de la infecció• 184203 practiques que redueixen la transmissió• 184204 signes i símptomes d'infecció• 180706 procediment de control de la infecció <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Cap coneixement (puntuació 1); coneixement extens (puntuació 5).</i></p> <p><i>La puntuació que volem obtenir és de 5, és a dir que no es produeixi la infecció, que dependrà del curs de la lesió i de l'efectivitat de les mesures terapèutiques.</i></p>
Justificació	Evitar la infecció.
NIC	
Camp	Fisiològic Seguretat
Classe (L)	Control de pell i ferides
Classe (V)	Control de risc
Intervencions	<p>1-. 3660 Cura de les ferides (<i>Prevenció de complicacions de les ferides i estimulació de la seva curació</i>).</p> <p>2-. 6540 Control d'infeccions (<i>Minimitzar el contagi i transmissió d'agents infecciosos</i>).</p> <p>3-. 6550 Protecció contra les infeccions (<i>Prevenció i detecció precoç de la infecció en pacients de risc</i>).</p>
Activitats	✓ Netejar amb solució salina ^{7,14,27,76} .



	<ul style="list-style-type: none">✓ Aplicar un apòsit adequat per la ferida^{75,76}.✓ Canviar l'apòsit segons la quantitat d'exsudat i drenatge^{75,76}.✓ Registrar els canvis en la ferida^{27,75,76}.✓ Netejar la pell del pacient amb un antimicrobià adequat^{27,75,76}.✓ Assegurar una tècnica de cures adequada^{27,75,76}.✓ Instruir al pacient i a la família davant els signes i símptomes d'infecció i quan s'hagin de notificar^{7,75,76}.✓ Observar signes i símptomes d'infecció localitzada^{27,75,76}.✓ Inspeccionar l'existència d'eritema, calor extrem o exsudat en la pell^{27,75,76}.✓ Obtenir mostres per cultiu d'acord amb els protocols¹⁴.✓ Adequar la nutrició i la hidratació.
--	--

Taula 10 Pla de cures: risc d'infecció. Elaboració pròpia.

Taxonomia NANDA	
Domini 4	Activitat i repòs.
Classe 4	Resposta cardiovascular i pulmonar.
Etiqueta	00206 Risc de sagnat
Diagnòstic infermer	Risc de sagnat r/a trauma
Justificació	La vascularització del tumor i la fragilitat del teixit afavoreix el sagnat.
Taxonomia NOC	
Domini (II)	Salud fisiològica
Classe (E)	Cardiopulmonar
Resultat esperat	0401 Estat circulatori
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 040101 pressió arterial sistòlica



	<ul style="list-style-type: none">• 040102 pressió arterial diastòlica• 040103 pressió del pols• 040137 saturació de l'oxigen <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Desviació greu (puntuació 1); sense desviació (puntuació 5).</i></p> <p><i>Es vol aconseguir que no hi hagi desviació en les constants del pacient.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• 040120 edema perifèric• 040123 fatiga• 040154 pal·lidesa <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Greu (puntuació 1); Cap (puntuació 5).</i></p> <p><i>Es vol controlar la simptomatologia anterior que podrien donar-se per un sagnat.</i></p>
Justificació	Control de l'hemorràgia mitjançant les següents intervencions.
Taxonomia NIC	
Camp (2)	Fisiològic
Classe (N)	Control de la perfusió tissular.
Intervencions	4028 Disminució de la hemorràgia
Activitats	<ul style="list-style-type: none">✓ Aplicar pressió directa o un embenatge compressiu^{2,3,9,12,15,18,55}.✓ Aplicar gel a la zona^{2,3,9,12,18,55}.✓ Monitoritzar signes vitals¹².✓ Evitar cures i desbridaments innecessaris. Optar per desbridaments enzimàtics i/o autolitics^{2,3,7-9,12,15,18,55}.✓ Utilitzar apòsits adequats, com l'alginat càlcic^{2,3,9,12,18,55}. <p><i>La utilització de tovalloles i llençols foscos en una fase avançada del tumor i amb alt risc de sagnat és molt útil per evitar l'impacte visual del sagnat en el pacient i la família¹⁵.</i></p>

Taula 11 Pla de cures: risc de sagnat. Elaboració pròpia.



Taxonomia NANDA	
Domini 9	Afrontament/tolerància a l'estrès
Classe 2	Respostes d'afrontament
Etiqueta	00147 ansietat davant la mort
Diagnòstic infermer	Ansietat r/a incertesa sobre el pronòstic m/p impotència.
Justificació	A causa del diagnòstic, el pronòstic i el procés s'origina ansietat. Precisa d'ajuda psicològica per exterioritzar la seva patologia i alliberar preocupacions. L'aspecte que més li preocupa és l'alteració corporal.
NOC	
Domini (III)	Salud psicosocial
Classe (O)	Autocontrol
Resultat esperat	1402 autocontrol de l'ansietat
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 140205 planeja estratègies per superar situacions estressants• 140211 conserva les relacions socials• 140217 controla la resposta d'ansietat <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Mai demostrat (puntuació 1); sempre demostrat (puntuació 5). Es vol aconseguir una puntuació de 5. La teràpia psicològica i altres intervencions poden contribuir en obtenir la màxima puntuació, ja que inicialment es trobava més pròxima al nivell 1.</i></p>
Justificació	La pacient no té ganes de realitzar activitats recreatives i trobades socials.
NIC	
Camp	Conductual
Classe (R)	Ajuda per l'afrontament



Intervencions	5270 Suport emocional (<i>proporcionar seguretat, acceptació i ànim en moments de tensió</i>).
Activitats	<ul style="list-style-type: none">✓ Ajudar al pacient a reconèixer sentiments d'ansietat, ira o tristesa⁸³.✓ Proporcionar ajuda en la presa de decisions⁸⁴.✓ Comentar l'experiència emocional amb el pacient.✓ Abraçar o tocar al pacient per donar-li suport; escolta activa⁸³.✓ Romandre amb el pacient i proporcionar sentiments de seguretat durant els períodes de més ansietat^{83,85}.

Taula 12 Pla de cures: ansietat davant la mort. Elaboració pròpia.

Taxonomia NANDA	
Domini 6	Autopercepció
Classe 3	Imatge corporal
Etiqueta	00120 baixa autoestima situacional
Diagnòstic infermer	Baixa autoestima situacional r/a alteració de la imatge corporal m/p avaluació de si mateix com incapaç d'afrontar els esdeveniments.
Justificació	L'evolució de la ferida modifica la imatge corporal i afecta a la identitat personal.
Per aquest diagnòstic es formulen dos resultats esperats, amb les intervencions corresponents.	
1º NOC	
Domini (III)	Salud psicosocial
Classe (M)	Benestar psicològic
Resultat esperat	1200 Imatge corporal
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 120001 imatge interna de sí mateix



	<ul style="list-style-type: none">• 120002 congruència entre realitat corporal, ideal corporal i imatge corporal• 120016 actitud cap a tocar la part corporal afectada• 120017 actitud cap a la utilització per millor l'aspecte• 120005 satisfacció amb l'aspecte normal• 120007 adaptació a canvis en l'aspecte físic• 120013 adaptació a canvis corporals per lesió <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Mai positiu (1); sempre positiu (5). L'objectiu és aconseguir una puntuació de 5 en tots els aspectes. En aquest resultat pot influir diferents factors, com la personalitat del pacient, autoestima, edat o situacions prèvies viscudes.</i></p>
Justificació	És important valorar com es sent la persona i que pensa de si mateixa. La comoditat i confortabilitat amb un mateix és fonamental per aconseguir el benestar personal.
1º NIC	
Camp	Conductual
Classe (R)	Ajuda per l'afrontament
Intervencions	1-.5220 Millora de la imatge corporal (<i>Millora de les percepcions i actituds conscients i inconscients del pacient cap al seu cos</i>). 2-. 5400 Potenciació de l'autoestima (<i>Ajudar a un pacient a què millori el judici personal de la seva autoavalua</i>).
Activitats	<ul style="list-style-type: none">✓ Determinar les expectatives corporals del pacient, en funció de l'estadi de desenvolupament⁴⁰.✓ Orientació anticipada en la preparació del pacient pels canvis corporals que siguin previsibles⁸⁶.



	<ul style="list-style-type: none">✓ Ajudar al pacient a comentar els canvis causats per la malaltia o cirurgia, segons correspongui⁴⁰.✓ Ajudar al pacient a desenvolupar una valoració objectiva de l'esdeveniment⁴⁰.✓ Avaluar la capacitat del pacient per prendre decisions saludables i recolzar-lo⁸⁴.✓ Estimular la implicació familiar⁸⁴.✓ Determinar les percepcions del pacient i de la família sobre l'alteració de la imatge corporal davant la realitat¹⁷.✓ Identificar grups de suport disponibles pel pacient^{84,86}.✓ Ajudar al pacient a separar l'aspecte físic dels sentiments de vàlua personal⁸⁷.✓ Observar si el pacient pot mirar la part corporal que ha tingut el canvi⁴⁰.✓ Determinar si un canvi en la imatge corporal ha contribuït a augmentar l'aïllament social^{40,88}. <hr/> <ul style="list-style-type: none">✓ Abstenir-se de realitzar crítiques negatives.✓ Ajudar al pacient a trobar l'autoacceptació⁸⁶.✓ Determinar la confiança del pacient en el seu propi criteri⁸⁷.✓ Mostrar confiança en la capacitat del pacient per controlar una situació⁸⁶.✓ Proporcionar experiències que augmentin l'autonomia del pacient⁸⁴.✓ Ajudar a establir objectius realistes per aconseguir una autoestima més alta⁸⁶.✓ Facilitar un ambient i activitats que augmentin l'autoestima⁸⁴.
--	---



	✓ Animar al pacient a verbalitzar autoafirmacions positives diàriament ⁸⁴ .
2º NOC	
Domini (III)	Salud psicosocial
Classe (N)	Adaptació psicosocial
Resultat esperat	1302 afrontament de problemes
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 130203 verbalitza sensació de control• 130204 refereix disminució de l'estrès• 130205 verbalitza l'acceptació de la situació• 130220 busca informació acreditada del tractament• 130208 s'adapta als canvis en desenvolupament• 130211 identifica estratègies de superació• 130223 obté ajuda d'un professional sanitari• 130217 refereix disminució de resultats negatiu• 130218 refereix augment del benestar psicològic <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Mai demostrat (puntuació 1); sempre demostrat (puntuació 5). Es pretén aconseguir una puntuació de 5. El resultat s'influència per altres factors, com la personalitat de la persona, identitat, autoestima. A mesura que la pacient assoleixi els canvis, l'escala augmentarà de nivell.</i></p>
Justificació	Els canvis a nivell físic es relacionen directament amb l'estat psicològic de la pacient. És important que poc a poc es vagi adaptant a nous canvis i afronti la patologia, tot i el pronòstic.
2º NIC	
Camp	Conductual
Classe (R)	Ajuda per l'afrontament



Intervencions	5230 Millora de l'afrontament (<i>facilitació dels esforços cognitius i conductuals per manejar els factors estressants, canvis o amenaces percebudes que interfereixen a l'hora de satisfer les demandes i papers de la vida</i>).
Activitats	<ul style="list-style-type: none">✓ Valorar l'ajustament del pacient als canvis de la imatge corporal^{85,88}.✓ Valorar l'impacte de la situació vital del pacient en els papers i relacions^{85,86}.✓ Valorar la comprensió del pacient davant la malaltia⁸⁵.✓ Proporcionar un ambient d'acceptació^{84,85}.✓ Ajudar al pacient a identificar els objectius a curt i llarg termini⁸⁶.✓ Identificar i explicar al pacient la informació que més li interessi tenir⁸⁴.✓ Proporcionar informació objectiva respecte del diagnòstic, tractament i pronòstic⁸⁴.✓ Avaluar la capacitat del pacient per prendre decisions⁸⁴.✓ Fomentar les activitats socials i comunitàries⁸⁴.✓ Presentar al pacient persones que hagin passat per la mateixa experiència^{40,83,84,86}.✓ Estimular la implicació familiar⁸⁵.

Taula 13 Pla de cures: baixa autoestima. Elaboració pròpia.

Taxonomia NANDA	
Domini 2	Nutrició
Classe 1	Ingestió
Etiqueta	00002 Desequilibri nutricional: inferior a les necessitats corporals



Diagnòstic infermer	Desequilibri nutricional inferior a les necessitats corporals r/a trastorn psicològic m/p to muscular insuficient i pèrdua de pes.
Justificació	Per mitjà de l'escala MNA s'observa malnutrició. La pacient té aversió per alguns aliments i menja poca quantitat. Fent una bona educació sanitària es pot aconseguir que la pacient consumeixi més kcal, adaptant-ho al número de menjades. S'ha de tenir en compte que és una pacient pal·liativa, pel que l'objectiu no serà que guanyi pes, sinó que obtingui l'energia necessària per augmentar el benestar.
NOC	
Domini (II)	Salut fisiològica
Classe (K)	Digestió i nutrició
Resultat esperat	1008 Estat nutricional: ingesta alimentaria i de líquids 1007 Estat nutricional: energia 1005 Estat nutricional: determinacions bioquímiques
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 100801 ingesta alimentaria oral• 100803 Ingesta de líquids orals <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Inadequat (puntuació 1); completament adequat (puntuació 5).</i></p> <p><i>Actualment la pacient es troba en una puntuació de 3, moderadament adequat, i volem aconseguir que s'augmenti fins a 5 i que no disminueixi amb les següents intervencions.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• 100701 energia• 100708 to muscular <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Desviació greu substancial del rang normal (puntuació 1); sense desviació del rang normal (puntuació 5).</i></p>



	<p><i>La puntuació que volem obtenir és de 5, i la nostra pacient presenta un rang de 3, que s'augmentarà amb les intervencions escollides.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• 100501 albúmina sèrica• 100503 hematòcrit• 100504 hemoglobina• 100507 glicèmia• 100509 triglicèrids <p><i>Escala de Likert:</i></p> <p><i>Desviació greu del rang normal (puntuació 1; sense desviació del rang normal (puntuació 5).</i></p> <p><i>Per tal de valorar aquests indicadors es realitzarà una analítica abans i després de les intervencions.</i></p>
Justificació	La nutrició és vital per aconseguir el control simptomàtic i millorar la qualitat de vida. La reducció de síntesi de col·lagen i proteïnes essencials afecten negativament a la lesió ³⁷ .
NIC	
Camp	Fisiològic
Classe (D)	Suport nutricional
Intervencions	<p>1100 Maneig de la nutrició (<i>proporcionar i fomentar una ingesta equilibrada de nutrients</i>).</p> <p>1160 Monitorització nutricional (<i>recollida i anàlisi de les dades del pacient referents a la ingesta nutricional</i>).</p> <p>5246 Assessorament nutricional (<i>utilització d'un procés d'ajuda interactiu centrat en la necessitat de modificació de la dieta</i>).</p> <p>4130 Monitorització de líquids (<i>Recollida i anàlisi de les dades del pacient per regular el equilibri de líquids</i>).</p>



Activitats	<ul style="list-style-type: none">✓ Determinar l'estat nutricional del pacient i la capacitat per satisfer les necessitats nutricionals⁸⁹.✓ Determinar les preferències alimentaries del pacient⁶⁸.✓ Comentar els gustos i aversions alimentaries del pacient⁹⁰.✓ Instruir al pacient sobre les necessitats nutricionals⁹¹.✓ Ajustar la dieta: proporcionar aliments amb alt contingut proteic^{68,90}.✓ Assegurar que la dieta inclogui aliments risc en fibra per evitar l'estrenyiment^{92,93}.✓ Obtenir mesures antropomètriques de la composició corporal⁶⁸.✓ Identificar canvis del pes corporal⁶⁸.✓ Observar la presència de nàusees i vòmits⁹³.✓ Realitzar probes de laboratori i monitoritzar els resultats⁹³.✓ Determinar les recomanacions energètiques⁶⁸.✓ Determinar la quantitat d'ingesta de líquids i hàbits de evacuació⁹⁰.✓ Observar les mucoses, turgència de la pell i set.
-------------------	---

Taula 14 Pla de cures: desequilibri nutricional. Elaboració pròpia.

Taxonomia NANDA	
Domini 12	Confort
Classe 1	Confort físic
Etiqueta	00134 nàusees
Diagnòstic infermer	Nàusees r/a tumor localitzat m/p sensació de nàusees i aversió a aliments.
Justificació	L'elevada simptomatologia, tant física com psicològica, ocasiona en el pacient nàusees, que influeixen negativament en



	el seu estat. Es vital poder-les controlar per facilitar l'adaptació del pacient a la nova situació.
NOC	
Domini (II)	Salut fisiològica
Classe (K)	Digestió i nutrició
Resultat esperat	2107 Severitat de les nàusees i vòmits. 1618 Control de nàusees i vòmits
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 210701 Freqüència de les nàusees• 210702 Intensitat de les nàusees• 210704 Freqüència de les arcades <p><i>Escala de Likert:</i></p> <p><i>Greu (puntuació 1), cap (puntuació 5). Es vol aconseguir control de les nàusees i augment en la CV.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• 161801 Reconeix l'inici de nàusees• 161808 Utilitza medicacions antiemètiques segons les recomanacions <p><i>Escala de Likert:</i></p> <p><i>Mai demostrat (puntuació 1), sempre demostrat (puntuació 5). La pacient ha de saber identificar quan presenta nàusees i quan són útils els antiemètics.</i></p>
Justificació	Les nàusees ocasionen desconfort en la persona, és per això, que la prevenció i el control augmentaran el benestar i per tant la QV. Així mateix, es millorarà l'estat d'ànim i el comportament psicològic.
NIC	
Camp	Fisiològic
Classe (D)	Suport nutricional



Intervencions	1450 Maneig de les nàusees (<i>prevenció i alleujament de les nàusees</i>).
Activitats	<ul style="list-style-type: none">✓ Realitzar una valoració completa de les nàusees, incloent la freqüència, duració, intensitat i factors desencadenants.✓ Avaluar l'impacte de les nàusees en la qualitat de vida.✓ Assegurar-se de què s'hagi administrat els antiemètics eficaços per evitar les nàusees⁶⁸.✓ Higiene bucal freqüent per fomentar la comoditat.✓ Animar a què s'ingereixin petites quantitats de menjar que siguin atractives per la persona^{68,90}.✓ Ensenyar a realitzar un alimentació alta en hidrats de carboni i baixa en lípids⁹⁰.✓ Administrar una dieta amb aliments líquids freds, sense olor i sense color^{90,94}.✓ Controlar el contingut nutricional i les calories en el registre d'entrades^{90,94}.✓ Ajudar a sol·licitar i proporcionar ajuda emocional⁶⁸.✓ Monitoritzar els efectes de les nàusees⁶⁸.

Taula 15 Pla de cures: nàusees. Elaboració pròpia.

Taxonomia NANDA	
Domini 4	Activitat/repòs
Classe 1	Son/repòs
Etiqueta	00095 insomni
Diagnòstic infermer	Insomni r/a ansietat, malestar físic i factors estressants m/p canvis en el patró de la son i dificultat per mantenir el son.



Justificació	La pacient informa que li costa conciliar i mantenir el son degut al diagnòstic.
NOC	
Domini (V)	Salut percebuda
Classe (U)	Salut i qualitat de vida
Resultat esperat	2002 Benestar personal
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 200202 salut psicològica• 200204 vida espiritual• 200206 estat cognitiu• 200208 capacitat de relaxació• 200209 nivell de felicitat• 200210 capacitat per expressar emocions• 200213 capacitat per controlar activitats <p><i>Escala de Likert:</i></p> <p><i>No satisfet (puntuació 1); completament satisfet (puntuació 5).</i></p> <p><i>En aquest moment la pacient es situa en un puntuació aproximada de 2, el que la condueix a patir insomni, que li agreuja la seva qualitat de vida. Amb les intervencions dedicades a millorar l'insomni es pretén que la puntuació augmenti, la pacient tingui millor benestar personal i menys insomni.</i></p>
Justificació	Proporcionar un ambient i les mesures adequades per conciliar i mantenir el son.
NIC	
Camp	Fisiològic bàsic
Classe (F)	Facilitació de l'autocura
Intervencions	1850 Millorar el son (<i>facilitar cicle regulars de son/vigília</i>).
Activitats	✓ Ajustar l'ambient en temperatura, llum, soroll ^{83,95} .



	<ul style="list-style-type: none">✓ Establir un horari^{56,95}.✓ Ajudar a eliminar les situacions estressants abans d'anar a dormir⁸³.✓ Evitar aliments i begudes que interfereixin a l'hora d'anar a dormir. P. Ex: cafeïna o ingestió de molta quantitat de líquid per evitar que el pacient es desperti a evacuar freqüentment^{56,83,95}.✓ Limitar el son durant el dia^{56,83}.✓ Ensenyar al pacient a realitzar una relaxació muscular i altres formes no farmacològiques per induir al son⁹⁵.✓ Iniciar mesures agradables: massatges, col·locació i contacte afectuós⁹⁵.
--	---

Taula 16 Pla de cures: insomni. Elaboració pròpia.

Taxonomia NANDA	
Domini 7	Rol relacions
Classe 1	Rol del cuidador
Etiqueta	00062 risc de cansament del rol cuidador
Diagnòstic infermer	Risc de cansament del rol cuidador r/a cuidatges complexes
Justificació	Els familiars i cuidadors principals formen part de tot el procediment assistencial del pacient, presenten carga psicològica, inquietuds, preocupacions i pors. Oferir QV pels cuidadors és essencial per crear un vincle adequat i fer òptimes les altres intervencions.
NOC	
Domini (III)	Salut psicosocial
Domini (VI)	Salut familiar



Classe (M)	Benestar psicològic
Classe (W)	Acompliment del cuidador principal
Resultat esperat	1212 nivell d'estrès 2210 resistència del paper de cuidador
Indicadors	<ul style="list-style-type: none">• 121213 inquietud• 121214 trastorn del son• 121219 inestabilitat emocional• 121221 depressió• 121222 ansietat <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Greu (puntuació 1); cap (puntuació 5);</i></p> <p><i>Actualment no podem valorar el resultat ja que és de risc, però el que es vol aconseguir amb les intervencions proposades és obtenir una puntuació alta.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• 221001 relació mútuament satisfactòria entre el cuidador familiar i el destinatari de les cures.• 221002 domini de les activitats de cures directes.• 221003 domini de les activitats de cures indirectes.• 221008 oportunitats del cuidador familiar per activitats d'oci.• 221012 suport del professional sanitari al cuidador. <p><i>Escala Likert:</i></p> <p><i>Inadequat (puntuació 1); completament adequat (puntuació 5);</i></p> <p><i>Com el resultat anterior, actualment no es pot avaluar, però també es pretén obtenir un resultat alt.</i></p>
Justificació	Donar suport al cuidador i acompanyar-lo en el procés de malaltia.



NIC	
Camp (5)	Família
Classe (X)	Cures durant la vida
Intervencions	7040 suport al cuidador principal
Activitats	<ul style="list-style-type: none">✓ Determinar el nivell de coneixements de la persona cuidadora^{68,96}.✓ Determinar l'acceptació del cuidador en el seu paper^{68,97}.✓ Admetre les dificultats del rol del cuidador principal^{68,98}.✓ Proporcionar informació sobre l'estat del pacient d'acord amb les preferències que té^{68,98}.✓ Proporcionar ajuda sanitària de seguiment al cuidador mitjançant trucades i/o cures d'infermeria comunitàries^{68,96,98}.✓ Ensenyar tècniques de maneig de l'estrès^{68,96}.✓ Suport al cuidador durant el procés de dol^{68,97}.✓ Animar al cuidador durant els moments difícils del pacient^{68,97}.✓ Animar al cuidador a establir límits i a cuidar de si mateix^{68,97}.

Taula 17 Pla de cures: cansament del rol cuidador. Elaboració pròpia.

5.8. Problemes de col·laboració

Estrenyiment secundari a tractament amb opiacis (per abordar el problema es determina un objectiu, el qual s'abordarà amb diferents intervencions.)

Objectiu: assegurar un patró deposicional correcte.

Taxonomia NIC: 0450 Maneig de l'estrenyiment (Prevenició i alleujament de l'estrenyiment).



Activitats:

- ✓ Vigilar l'aparició de signes i símptomes d'estrenyiment.
- ✓ Comprovar les defecacions, incloent freqüència, consistència, forma, volum i color.
- ✓ Identificar els factors que poden causar-lo.
- ✓ Vigilar la existència del peristaltisme.
- ✓ Suggerir l'ús de laxants, segons correspongui.
- ✓ Fomentar l'augment de líquids.
- ✓ Instruir al pacient sobre la relació entre dieta i exercici.
- ✓ Dieta rica en fibra.

Justificació: l'estrenyiment és el problema secundari més freqüent en persones que prenen opiacis. Seguint les intervencions anteriors i adaptant nous hàbits, es pot aconseguir controlar-lo, tot i que si persisteix es poden utilitzar laxants. S'ha d'informar el pacient que la dosis de fàrmac es relaciona amb l'estrenyiment. També se l'associa amb la disminució de l'activitat física i la disminució en la ingesta alimentària^{99,100}.

Prurit secundari a càncer de mama (per abordar el problema es determina un objectiu, el qual s'abordarà amb diferents intervencions).

Objectiu: disminuir el prurit que causa la lesió mitjançant diferents intervencions detallades a continuació.

Taxonomia NIC: 3550 Maneig del prurit (prevenció i tractament del prurit.)

Activitats:

- ✓ Aplicar crema o locions farmacològiques, segons sigui necessari.
- ✓ Administrar antipruriginosos.



- ✓ Aplicar fred per evitar la irritació.
- ✓ Aplicar crema antihistamínica, segons convingui.

Justificació: el tractament que s'instaurarà dependrà de si el prurit es localitzat o generalitzat, de la causa i intensitat. S'haurà d'adaptar a cada cas. Els antihistamínics, antiinflamatoris i antipruriginosos tòpics formaran part de la pauta bàsica mèdica, i s'explicarà al pacient l'aplicació. A més, es recomana una bona hidratació, banys amb aigua freda, no aplicar fricció a l'hora d'ensabonar-se i utilitzar sabons d'un pH similar al cutani^{56,101-103}.

Olor secundària a ferida neoplàsica

Objectiu: evitar o disminuir la mala olor mitjançant les següents intervencions.

Taxonomia NIC: 3660 Cura de la ferides (*prevenció de complicacions de les ferides i estimulació de la curació*).// 3664 Cura de les ferides: absència de cicatrització (*cura pal·liativa i prevenció de les complicacions d'una ferida maligna o d'un altre tipus quan no es possible la cicatrització*.)

Activitats:

- ✓ Monitoritzar les característiques de la ferida, incloent l'olor.
- ✓ Netejar amb solució salina.
- ✓ Comparar i registrar els canvis que es produeixen en la ferida.
- ✓ Elegir l'apòsit correcte.
- ✓ Aplicar medicació tòpica.

Justificació: es poden utilitzar apòsits de plata i carbó activat per reduir la carga bacteriana, la principal causa del mal olor, acompanyant-se d'una neteja adequada i correcta del llit de la ferida¹⁰⁴. El metronidazol tòpic també és molt efectiu. El



procediment s'ha d'acompanyar amb una bona neteja del llit de la ferida i maneig de la carga bacteriana(veure detalladament en l'apartat "olor").

5.9. Complicacions potencials

Limfedema

Objectiu: potenciar les estratègies educatives per prevenir el limfedema.

Taxonomia NIC: 0226 Teràpia d'exercicis: control muscular/0224 Teràpia d'exercicis de mobilitat articular

Activitats:

- ✓ Determinar la disposició del pacient per comprometre's a realitzar un protocol d'activitats i exercicis. Moure el cap d'un costat a l'altre, dur la mà al cap i orella contraria, dur la mà a la nuca, creuar els braços de forma suau, botonar-se el sostén i desbotonar-lo, pujar i baixar els braços lentament, realitzar cercles amb la mà cap a dins i cap a fora, i sobretot, evitar sobreesforços^{36,63,67,105}.
- ✓ Explicar el fonament del tipus d'exercici i el protocol al pacient: evitar col·locar i/o agafar pes amb l'espatlla afectada durant les 4-6 primeres setmanes després de la intervenció⁶³.
- ✓ Vestir al pacient amb roba còmoda: evitar portar roba i/o joies que pugin pressionar el canell i/o extremitat afectada^{35,63,105}.
- ✓ Determinar les limitacions del moviment articular i l'efecte sobre la funció^{36,63,67,105}.
- ✓ Determinar el nivell de motivació del pacient per mantenir o restablir el moviment articular^{36,63,67,105}.
- ✓ Ensenyar al pacient i família a realitzar de forma sistemàtica els exercicis de rang de moviment passius i actius^{36,63,67,105}.
- ✓ Donar suport positiu al realitzar els exercicis articulars^{36,63,67,105}.



Altres recomanacions segons l'evidència^{37,63,67}:

- ✓ Netejar la zona amb aigua i sabó neutre, assecar bé la pell i hidratar-la.
- ✓ Tallar-se les ungles.
- ✓ No utilitzar una fulla per rasurar el pel de l'axil·la.
- ✓ Evitar les saunes, el sol i protegir l'espatlla i els braços de la calor.
- ✓ Alimentació equilibrada rica en fruites, verdures i llegums.
- ✓ Evitar hàbits tòxics.
- ✓ Utilitzar un coixí per elevar la zona a l'hora de dormir.

A nivell mèdic⁶⁷:

- ✓ No posar injeccions intravenoses, subcutànies o intramusculars en el membre afectat per limfedema.
- ✓ No extraure sang de les venes del braç afectat.
- ✓ No aplicar acupuntura.
- ✓ No prendre la tensió arterial en l'extremitat afectada.

Justificació: la mastectomia és el principal risc per desenvolupar un limfedema en l'extremitat superior. Es per això, que l'equip d'infermeria ha d'aconseguir que el pacient compregui, accepti i col·labori per tal de prevenir-lo, ja que no existeix cap tractament efectiu per revertir-lo. S'intruirà al pacient de les mesures de prevenció, higiene i cura de la pell, drenatge limfàtic manual, teràpia d'exercicis, embenatge de compressió no elàstic i roba per millorar la salut del pacient^{35,67}.



5.10. Avaluació

Per tal de determinar si s'han obtingut canvis a la salut del pacient, si les intervencions i activitats són apropiades o si falta algun diagnòstic per identificar, en l'avaluació es proposen escales validades per cada una de les intervencions del pla de cures. Com s'ha vist en aquest, cada intervenció conté una escala *Likert* d'1 a 5 punts, en que s'atribueix una nota basada en l'avaluació de cada aspecte i el que es vol aconseguir. Encara que disposem d'una gran variabilitat d'escales, vist la situació pal·liativa en que es troben els pacients amb ferides neoplàsiques, no sempre estaran disposats a respondre-les ja que solen presentar un estat d'ànim baix, per tant, en aquests casos serà útil utilitzar l'escala *Likert*, comentada anteriorment, que és més senzilla i ràpida i ens permet comparar en quina situació es trobava en l'inici i en l'actual. A continuació s'expliquen algunes de les escales que es poden utilitzar:

Una forma de mesurar la qualitat de vida en un pacient oncològic amb modificacions ràpides del pronòstic de vida és l'escala ECOG (Eastern Cooperative Oncologic Group). Objectiva el resultat del tractament oncològic tenint en compte la qualitat de vida. Segons la situació que presenta el pacient es classifica en 6 graus: en el grau 0 el pacient es capaç de realitzar la seva vida normal i es troba asimptomàtic; en el grau 1 es presenta simptomatologia però no impedeix realitzar les activitats de la vida diària (AVD); en el grau 2, no pot realitzar la feina, 50% del dia al llit precisant ajuda per alguna de les AVD; en el grau 3 el pacient es troba al llit la major part del dia a causa de la simptomatologia i necessita ajuda per la majoria de AVD; en el grau 4, postrat al llit 100% del dia, necessita ajuda per totes les AVD; per últim en el grau 5, el pacient morirà en hores o ja ha mort¹².

El Qüestionari d'Afrontament del Dolor Crònic (CAD-R) és l'escala per avaluar el dolor crònic superior a 6 mesos. Per mitjà d'aquesta, es mesura l'afrontament del dolor, per tant, quedaran avaluats els factors físics, biològics i psicològics que ocasiona



el dolor. Així mateix, permetrà ajustar les intervencions proposades. Aquesta escala aborda temes com la religió, catarsis, distracció, autoafirmació, autocontrol mental i cerca d'informació. Consta d'un total de 24 ítems que es contesten amb una escala *Likert* de 5 punts¹⁰⁶⁻¹⁰⁸. L'escala EVA ens permetrà avaluar la intensitat del dolor indicant-lo en una regla de 10cm, on el 0 és "res" i el 10 és "insuportable"^{107,108}. L'escala MFWAT-P, a més de valorar el dolor, contempla la comoditat de l'apòsit, un ítem molt important ja que serà un aspecte clau en el control de la simptomatologia. L'escala també és aplicable a altres objectiu marcats, ja que la segona part, MFWAT-N, avalua de manera objectiva l'estat de la lesió basant-se en el tipus de ferida, de teixit, les dimensions, l'olor, l'exsudat, el sagnat, la ulceració de la pell i l'edema. De manera que és útil pels objectius integritat tissular, curació de ferides per segona intenció i en la prevenció i control de la infecció^{6,14,19}. A part d'utilitzar l'escala, l'observació serà primordial per observar canvis en l'evolució de la malaltia. Tot i que hi ha un ampli número d'escals disponibles per avaluar el dolor, a part d'aquestes tres escales, donades les característiques del pacient i, tenint en compte, que es troba en situació pal·liativa, la més fàcil i la més còmoda pel la persona serà l'escala EVA.

Hi ha moltes escales disponibles per avaluar l'estat nutricional. La Valoració Global Subjectiva (VGS-GP) és la que millor s'adapta en els casos oncològics. Per fer l'estimació nutricional considera aspectes de la història clínica, com el consum dietètic, símptomes gastrointestinals, capacitat funcional i demandes metabòliques i inclou un examen físic. A més, el pacient serà el responsable de contestar la primera part de l'avaluació, mentre que el professional sanitari respondrà la segona part¹⁰⁹⁻¹¹¹.

L'índex de la qualitat de son de Pittsburgh avalua 7 àrees associades al son i valora la qualitat subjectiva, latència, duració, eficiència i desordres del son, la necessitat d'ajut farmacològic per dormir i al disfunció diürna. És un qüestionari autoadministrat, breu i senzill que també dedica 5 preguntes al company/a de llit que ens serveix per complementar la informació clínica^{112,113}.



L'escala més adequada per valorar l'autocontrol de l'ansietat i afrontament de problemes és l'inventari Breu de Síntomes (BSI). Aquesta permet avaluar 9 dimensions de símptomes, així com la severitat del malestar emocional, intensitat de símptomes i quantitat de símptomes presents, i s'inclou l'ansietat, la depressió i hostilitat¹¹⁴. Per altra banda, l'escala més utilitzada per avaluar la simptomatologia depressiva i ansietat en el context pal·liatiu és el Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Tracta d'un autoinforme de 14 ítems els quals 7 són per depressió i 7 per ansietat. El format de resposta es basa en una escala de *Likert* de 4 graus¹¹⁵. Entre les avantatges que presenta es troba la senzillesa i rapidesa per contestar-la, la possibilitat d'avaluar tant l'ansietat com la depressió en un mateixa escala, l'exclusió del component somàtic per evitar fals positius al relacionar-se amb símptomes de la malaltia física, i per últim s'inclouen respostes cognitives, emocionals i comportamentals tant de l'ansietat com de la depressió¹¹⁶⁻¹¹⁸. Existeix l'escala de Collet-Lester, exclusiva per valorar la por a morir, però no és èticament aplicable a una persona pal·liativa ja que les preguntes formulades poden crear un grau més elevat d'ansietat al pacient, pel que, en els casos de ferides neoplàsiques, s'utilitzaran les anteriors¹¹⁸.

L'autoestima, afectada pel canvi d'imatge, s'avaluarà per mitjà de l'escala Rosenberg que inclou 10 ítems que avaluen els sentiments de respecte i acceptació d'un mateix¹¹⁹⁻¹²¹. La percepció del cos es pot avaluar amb l'escala "Body Image Scale" (BIS) dissenyada per avaluar la satisfacció del cos després de patir canvis per un càncer i les conseqüències del seu tractament. Una puntuació baixa del BIS indica més satisfacció cap a un mateix^{119,122}.

Pel que fa a la sobrecarrega dels cuidadors, se'ls pot realitzar el qüestionari Zarit. Consta d'una llista de 22 afirmacions que descriuen com es sent el cuidador i es responen de 0 a 4 que equivalen a mai i a sempre. Una puntuació superior a 56 correspon a sobrecarrega¹²³ (les escales es troben en l'apartat annex 3 [Pàg.101]).



6. DISCUSSIÓ

Les ferides neoplàsiques es caracteritzen per ser exsudatives, doloroses i pudents, i presenten alt risc de sagnat i infecció. Aquesta simptomatologia genera al pacient una situació de desconfort amb episodis d'ansietat i estrès, que s'agreuja amb el canvi d'imatge que esdevé d'aquestes ferides. La *"Guía de practica clínica para el cuidado de personas con ulceras neoplásicas"*, *"Guía practica del abordaje integral de las ulceras tumorales"*, *"Guía de actuación de lesiones oncológicas"*, *"La herida en el paciente paliativo. Abordaje multidisciplinar"* estan d'acord en que la prioritat de les cures és cuidar i pal·liar i no la cicatrització de la ferida. L'objectiu del tractament serà administrar les millors cures que assegurin el confort i benestar del pacient.

La bibliografia utilitzada coincideix en que l'exsudat, dolor i mal olor són els símptomes físics més prevalents^{1,2,7-9,14-16,39,46}. La gestió d'aquests es fa per mitjà d'apòsits i embenatges que requereixen canvis freqüents per l'elevada quantitat de líquid i sensació de brutícia. Addicionalment, l'acumulació de rebuig a l'apòsit facilita la proliferació bacteriana^{16,59}.

La majoria dels autors afirmen que la neteja de la ferida s'ha de realitzar amb irrigacions de solució salina^{1,2,17}. La gestió de l'exsudat es realitza per mitjà d'un apòsit de gran absorció com els alginats, hidrofibras i espumes polimèriques. En l'elecció es tindrà en compte la comoditat i adaptació a la mobilitat^{1,8,10,11,14,17}. Woo i col·laboradors, la *"Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas"* i el *"Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas"* són alguns dels autors que posen en dubte si la cura humida és la millor opció per ferides de difícil curació, ja que la maceració es veu augmentada i potencia la carga bacteriana^{1,43}. Per la protecció de la pell perilesional sana es recomana l'aplicació d'òxid de zinc o àcids grassos hiperoxigenats^{2,9,10,14,27,44,104}.

L'olor és el símptoma que més desconfort genera al malalt, sigui pel difícil control i l'estigma familiar i social que genera. S'associa a la colonització microbiana i teixit



desvitalitzat. Alguns autors senyalen intervencions que es poden dur a terme per minimitzar-lo: desbridament suau, enzimàtic o autolític, per evitar un medi idoni per la proliferació de bacteris, metronidazol tòpic i elecció d'un apòsit de carbó actiu associat a la plata^{7,8}. Paral·lelament, alguns estudis recolzen l'opció de mesures ambientals pel control de l'olor^{10,18,50,51,59}.

La sensació de dolor en ferides oncològiques és multifactorial; per una banda a causa de la pressió de la massa tumoral sobre estructures del cos, afectació de nervis, infeccions recurrents i inflamació, i per l'altra, el dolor agut relacionat amb el procediment de curació¹².

L'estat d'angoixa que presenta el dolor és elevat, per tant el professional sanitari explicarà al pacient la tècnica que es realitzarà abans de la manipulació, valorarà si es necessita ajuda farmacològica prèvia i s'evitaran estímuls dolorosos com el fregament excessiu. Per tal de retirar l'apòsit fàcilment, es recomana impregnar els apòsits amb solució salina previ al retirament i durant la manipulació és realitzaran pauses^{2,17}. Mai s'utilitzaran gasses com apòsit directe i es substituirà l'esparadrap o embenatge per malla tubular. En la "*Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas*" i en el "*Manual de prevención y cuidados de heridas crónicas*" s'aconsella la sedoanalgesia lleu via subcutània amb midazolam i/o morfina, en el cas que els gels opiacis, antiinflamatoris i anestèsics tòpics no siguin efectius, sempre tenint en compte l'escala analgèsica de la OMS^{9,14,27}.

La vascularització del tumor i la fragilitat del teixit afavoreix el sagnat a nivell local o d'invasió d'un gran vas. Els agents tòpics hemostàtics, alginats i la compressió directa durant 10 minuts són les mesures més adients per controlar-lo segons la *societat d'oncologia infermera europea*, Montiel, Vargas, Verdon i altres autors^{2,14,39,42}.

El prurit també és un símptoma freqüent manifestat per l'elevada activitat tumoral. La mesura més eficaç és mantenir hidratada la pell⁵⁶.



El l'article de "*Cuidados de la herida tumoral*" els autors comenten que els problemes psicosocials dels pacients solen estar infravalorats i insisteixen en la escassetat d'estudis experimentals al respecte. Així mateix, destaquen la importància de identificar la comprensió del pacient davant la malaltia i l'impacte que causa la ferida a la seva vida i comenten la necessitat d'informar del pronòstic real¹⁷. De la mateixa manera, *Seaman*⁷ reforça aquesta opinió dient que l'educació ha d'incloure els objectius reals que es poden dur a terme per la ferida.

Continuant amb els desajusts psicològics, l'alteració en la imatge corporal causa gran impotència, tristesa, disminució de l'autoestima i aïllament social. L'impacte emocional s'ha de saber abordar des de l'inici del diagnòstic i valorar-lo en el transcurs de la malaltia, és efectiva la teràpia cognitiva conductual durant tot el tractament, no solament en l'etapa final.

La formació del professional continua i actualitzada és fonamental per realitzar un bon maneig de la ferida oncològica¹². En l'article *Heridas neoplásicas: aspecto básicos del cuidado de enfermería* Vargas afirma que alguns professionals d'infermeria no estan capacitats per enfrontar-se a la complexitat d'una ferida neoplàsica. De la mateixa manera, els autors de l'article "*Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds*" també veuen necessari millorar la formació dels professionals d'infermeria. Segons l'article "*Nursing team knowledge on care for patients with fungating wounds*" la neteja correcta de la ferida, l'olor, l'elecció de l'apòsit correcte i l'abordatge de les hemorràgies són els quatre aspectes en que més formació falta i els autors ho associen a la baixa prevalença d'aquestes lesions¹²⁴.

Les cures d'infermeria no sol es basen en el control simptomatològic sinó també en l'educació sanitària del pacient i la família per resoldre dubtes a curt i llarg termini. En la "*Guía práctica del abordaje integral de las úlceras tumorales*" els autors afirmen que no s'ha de tractar la úlcera sinó al pacient com un tot, on el tractament ha d'incloure



suport familiar. Aquest propòsit també el recolza la *“Guía de actuación en lesiones oncológicas”*. Els resultats de l'article *“Malignant fungating wound-The meaning of living in an unbounded body”* mostren que els pacients que van acudir a un especialista van afrontar millor la patologia.

La valoració serà el primer pas per identificar els problemes principals. És una fase que requereix, per part dels professional, major precisió i coneixements de la patologia per enfocar correctament la recollida de dades. *Tilley* i col·laboradors¹⁵ afirmen que per mitjà d'una valoració interdisciplinària es poden aplicar cures individualitzades més específiques. D'igual manera ho comenta *Grocott*⁸. En l'article *“Malignant fungating wound-The meaning of living in an unbounded body”* es comenten diverses experiències on s'aprecia la magnitud d'aquestes ferides i les conseqüències del descontrol de la simptomatologia en el dia a dia del pacient.

D'acord amb la bibliografia revisada s'ha dissenyat un pla de cures que inclou diagnòstics, resultats i intervencions segons la taxonomia Nanda, Noc i Nic. S'adaptarà segons la fase en que es trobi la patologia i necessitats del pacient i, en tots els casos, serà individualitzat.



7. CONCLUSIONS

L'atenció integral del pacient per mitjà d'una valoració holística permet establir un pla de cures adequat, focalitzat en la persona, per optimitzar la qualitat de vida i la confortabilitat del pacient. Amb l'elaboració d'aquest es pretén formar al professional sanitari sobre el maneig d'una ferida neoplàsica per executar-les al domicili o a unitat d'hospitalització. Amb l'avaluació corresponent s'observarà si les activitats són adequades a la fase del pacient i si s'han cobert totes les necessitats.

L'impacte emocional que suposa l'alteració de la imatge és desolador. El pacient s'enfronta a un canvi dràstic en la imatge corporal, sexualitat, nutrició, activitats d'oci, vida laboral entre d'altres. Necessitarà ajuda, no solament del personal d'infermeria, per adaptar-se als canvis, sinó de tot un equip multidisciplinari.

La complexitat d'aquestes ferides requereix un coneixement profund de les cures infermeres, promovent actituds idònies pel desenvolupament personal i adaptació del pacient a la nova situació, garantint la continuïtat de cures.

S'ha de tenir en compte la subjectivitat de la qualitat de vida, la qual la seva percepció és diferent en cada individu. En el cas de la pacient, no es reflecteix un deteriorament funcional important, però s'aprecia incertesa i por davant l'evolució de la patologia i ansietat davant la mort. En altres casos, hi pot haver una disfunció familiar que empitjori la situació. La importància de la valoració és reunir tots els aspectes que puguin estar alterats en cada ésser, d'aquesta manera evitar la generalització d'intervencions davant diferents circumstàncies.

L'ús de la taxonomia infermera Nanda, Noc i Nic, facilita el desenvolupament del pla de cures, proporcionant etiquetes per formular els problemes identificats, establir els resultats que s'esperen i plantejar activitats i intervencions necessàries per assolir-los.



Els pacients veuen el personal d'infermeria un suport fonamental i necessari en el moment d'adquirir noves actituds per afrontar la nova situació. L'educació sanitària serà vital per prevenir, identificar i avaluar complicacions, així com controlar l'estat emocional del pacient i familiars.



8. BIBLIOGRAFIA

1. Cabanillas-González M, Pulgarín-Sobrinó SB, Ananín-Fernández C. Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. [Guía práctica nº 4]. En: Rumbo Prieto JM, Raña Lama CD, Cimadevila Álvarez MB, Calvo Pérez AI, Fernández Segade J, editors. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud.; 2016.
2. Montiel Vaquer L. Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral; cutánides. REGIO Rev Int Grup en Investig en Oncol. 2012;01(02):52-9.
3. Agra G, Ferreira TMC, Oliveira DM do N, Nogueira WP, Brito DTF de, Oliveira PS de, et al. Neoplastic wounds: controlling pain, exudate, odor and bleeding. Int Arch Med. 2017;10(118):1-11.
4. O'Brien C. Malignant wounds: Managing odour. Can Fam Physician. 2012;58(3):272-4.
5. Young T. Caring for patients with malignant and end-of-life wounds. Wounds UK. 2017;20-9.
6. Lo SF, Hayter M, Hu WY, Tai CY, Hsu MY, Li YF, et al. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. J Adv Nurs. 2011;68(6):1312-21.
7. Seaman S. Management of Malignant Fungating Wounds in Advanced Cancer. Semin Oncol Nurs. 2006;22(3):185-93.
8. Grocott P. Care of patients with fungating malignant wounds. Nurs Stand. 2007;21(24):57-66.
9. Pérez Santos L, Cañadas Núñez F, García Aguilar R, Turrado Muñoz M de los Á, Fernández García GÁ, Moreno Noci M. Guía de práctica clínica para el



- cuidado de personas con úlceras neoplásicas. 1º. Hospital Universitario Reina Sofia (Córdoba), Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de igualdad salud y políticas sociales. J de A, editor. Servicio andaluz de Salud. Córdoba, Almería; 2015.
10. Vallés Martínez MDP, Lapeira Cabello JM, Gómez, Cano S, Pérez Espina R, Portillo Peña MJ, Albert Y, et al. Guía práctica de abordaje integral de las úlceras tumorales. Soc Andaluza Cuid Paliativos. 2015;32.
 11. Llatas P, Pujalte F, Fernandez L, Calidad S. Guía de actuación en lesiones Oncológicas. 2008;8-15.
 12. Tejada FJ, Ruiz MR, Fernández V. La herida en el paciente paliativo. Abordaje multidisciplinar. Hygia. 2007;(66):5-9.
 13. Maida V, Ennis M, Kuziemy C, Trozzolo L. Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series. J Pain Symptom Manage. 2009;37(2):206-11.
 14. Vargas E, Alfonso I, Solano D, Aguilar M, Gómez V. Heridas neoplásicas: Aspectos básicos del cuidado de enfermería. Rev Repert Med y Cirugía. 2015;24(2):95-104.
 15. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative Wound Care for Malignant Fungating Wounds. Nurs Clin North Am. 2016;51(3):513-31.
 16. Alexander S. Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. J Wound Care. 2009;18(7).
 17. Granados, Ana Eva; Cejudo, Angela; Barroso, Mercedes; Cordero, Montserrat; Jiménez, Rosario; Romero I. Cuidados del paciente con herida tumoral. Evidentia. 2013;10(41).
 18. Merz T, Klein C, Uebach B, Kern M, Ostgathe C, Bükki J. Fungating Wounds – Multidimensional Challenge in Palliative Care. Breast Care. 2011;6(1):21-4.



19. Seco-Franco J. Abordaje paliativo de enfermería en las úlceras tumorales. Revisión bibliográfica. *Enferm Dermatol.* 2019;13(38):30-9.
20. Garcia P, Iglesias L, Alvarez R. Complicaciones Cutáneas. En: *Guia de práctica clinica en cuidados continuos.* Madrid; 2006. p. 283-301.
21. Méndez-Flores S, Gatica-Torres M, Zamora-González A, Domínguez-Cherit J. Metástasis cutáneas. *Med Int Méx.* 2015;31:434-40.
22. Wu JJ, Huang DB, Pang KR, Tyring SK. Cutaneous metastasis to the chest wall from prostate cancer. *Int J Dermatol.* 2006;45(8):946-8.
23. Sariya D, Ruth K, Adams-McDonnell R, Cusack C, Xu XW, Elenitsas R, et al. Clinicopathologic correlation of cutaneous metastases: Experience from a cancer center. *Arch Dermatol.* 2007;143(5):613-20.
24. Asociación Española Contra el Cáncer-Cáncer de piel [Internet]. 2018 [citad 28 novembre 2019]. Disponible a: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-piel>
25. Global Cancer Observatory. Non-melanoma skin cancer. 2019.
26. Fernandes AR, Santos AC, Sanchez-Lopez E, Kovačević AB, Espina M, Calpena AC, et al. Neoplastic multifocal skin lesions: biology, etiology, and targeted therapies for nonmelanoma skin cancers. *Skin Pharmacol Physiol.* 2018;31(2):59-73.
27. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. En: *Salud SC de, editor. Atención Integral de las Heridas Crónicas.* 1º. Cantabria; 2011. p. 51-94.
28. García MTM, Domínguez Cruz JJ, Conejo-Mir J. Carcinoma basocelular: biología molecular y nuevas dianas terapéuticas. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 2016;44(2):89-99.



29. Yengle MA. Cáncer de piel no melanoma. En: Dermatol Peru. 2014. p. 132-40.
30. Sociedad Española de Oncología Médica. Melanoma [Internet]. 2017. Disponible a: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/melanoma?showall=1>
31. Xiong M, Charifa A, Chen CSJ. Lentigo Maligna Melanoma. StatPearls. 2019;
32. Teramoto Y, Keim U, Gesierich A, Schuler G, Fiedler E, Tüting T, et al. Acral lentiginous melanoma: a skin cancer with unfavourable prognostic features. A study of the German central malignant melanoma registry (CMMR) in 2050 patients. Br J Dermatol. 2018;178(2):443-51.
33. Ruiz-morales JM, Dorantes-heredia R, Moral GAD, Mac I, Green-renner D. Carcinoma metastásico de células de Merkel. 2014;21(1):36-9.
34. Berzal Cantalejo MF, Herranz-Torrubiano AM, Cuenca-González C. Tumoración de partes blandas: el temible sarcoma. Semer - Med Fam. març 2016;42(2):126-8.
35. Sociedad española de heridas. Heridas y Cicatrización. Radiodermatitis. Vol. 7, Revista de la sociedad española de heridas. Madrid; 2017. 162 p.
36. Capllonch Teba V. Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia. Inquietudes. 2015;49:9.
37. Regan P. The impact of cancer and its treatment on wound healing. Wounds UK. 2007;3(2):87-95.
38. Seité S, Bensadoun R-J, Mazer J-M. Prevention and treatment of acute and chronic radiodermatitis. Breast Cancer- Targets Ther. 2017;9:551-7.
39. Verdon AMY. Fungating wounds: causes, characteristics and impact on patients. 2015;10(2):2001-4.
40. Lluch A, Almonacid V, Garcés V. Imagen corporal: El Duelo Corporal. Duelo en Oncología. Valencia; 2014. 183-196 p.



41. Regina Secoli S, Pezo Silva MC, Alves Rolim M, Lúcia Machado A. El cuidado de la persona con cáncer. Un abordaje psicosocial. *Index Enferm.* 2005;14(51):34-9.
42. Probst S, Grocott P, Graham T, Gethin G. Recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds. *Eur Oncol Nurs Soc.* 2015;
43. Woo KY, Sibbald RG. Local wound care for palliative and malignant wounds. *Palliat Care.* 2011;(September):223-39.
44. Palomar Llatas F, Díez Fornes P, Sierra Talamantes C, Fornes Pujalte B, Debón Vicent L. ¿Duelen las úlceras cutáneas, o realmente duele como las tratamos? *Enfermería Dermatológica.* 2015;9(25):11-6.
45. Karsten F, Glynn C, Jünger M, Krasner D, Osterbrink J, Price P SG. Valoración y cuidado de pacientes con heridas crónicas dolorosas. *Guia de Consulta.* Madrid; 2006. 1-11 p.
46. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds - The meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(1):38-45.
47. Winnipeg Regional Health Authority. Malignant Fungating Wounds Clinical Practice Guideline. 2018;9-10.
48. Tsihlikidou A, Govina O, Vasilopoulos G, Kavga A, Vastardi M, Kalemikerakis I. Intervention for symptom management in patients with malignant fungating wounds - a systematic review. *J BUON.* 2019;24(3):1301-8.
49. Elsdon L. End-of-life care should be the same for all. *Br J Community Nurs.* 2 juliol 2016;21(7):325.
50. Udawadia TE. Ghee and Honey Dressing for Infected Wounds. *Indian J Surg.* 2011;73(4):278-83.
51. Fromantin I, Watson S, Baffie A, Rivat A, Falcou M-C, Kriegel I. A Prospective,



- Descriptive Cohort Study of Malignant Wound Characteristics and Wound Care Strategies in Patients with Breast Cancer. *Ostomy wound Manag.* 2014;1(4):38-48.
52. Winardi A, Masyitha A. Topical Treatment for Controlling Malignant Wound Odour. 2019;20(2):7-17.
53. Gethin G, Grocott P, Probst S, Clarke E. Current practice in the management of wound odour: An international survey. *Elsevier.* 2014;51(6):865-74.
54. Samala R V., Davis MP. Comprehensive wound malodor management: Win the RACE. *Cleve Clin J Med.* 2015;82(8):535-43.
55. Abdelrahman T, Newton H. Wound dressings: Principles and practice. *Surgery.* 2011;29(10):491-5.
56. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, editor. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA. Madrid; 2008.
57. Moffatt C, Lindholm C. Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. *EWMA J.* 2008;3-8.
58. Psychological factors associated with malignant fungating breast wounds. 2019;20(2):19-22.
59. Gibson S, Green J. Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. *J Wound Care.* 2013;22(5):265-75.
60. Mengarelli R., Bengoa G, Amore M, Soracco J, Marcovechio L, Diaz-Bessone F. Depresión y retraso de la cicatrización en úlceras crónicas - El impacto psicológico en pacientes con heridas crónicas. En: *Heridas y Cicatrización.* Argentina; 2015. p. 18-22.



61. De Oliveira AC, De Macêdo Rocha D, Bezerra SMG, Andrade EMLR, Dos Santos AMR, Nogueira LT. Quality of life of people with chronic wounds. *ACTA Paul Enferm.* 2019;32(2):194-201.
62. Selby T. Managing exudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients. *Nurs Times.* 2009;105(18):14-7.
63. Argüelles Otero L, Fernández Prieto T. Atención de enfermería a pacientes con cáncer de mama y en riesgo de desarrollar linfedema. *RqR Enferm Comunitaria (Revista SEAPA).* 2014;2(4):50-69.
64. Pereira C. N, Koshima I. Linfedema: actualización en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. *Rev Chil cirugía.* 2018;70(6):589-97.
65. Robles JI. Linfedema: una patología olvidada. *Psicooncología.* 2006;3(1):71-90.
66. García Corona S, Leyva Rocha T, Gutiérrez Rodríguez K, Vázquez Velo JA, Contreras Ruiz J. Linfedema y lipedema: Similitudes y diferencias en su fisiopatología y tratamiento. *Dermatología Rev Mex.* 2010;54(3):133-40.
67. Latorre J, Davins M, Barreiro J, Sánchez I, Surcel P, Viver E. Linfedema postmastectomía. *An Cir Card y Vasc.* 2005;11(1):22-37.
68. Vallés M del P, Casado N, García I, Manzanas A, Sánchez L. Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. *Asoc Española Enfermeras en Cuid Paliativos.* 2014;198.
69. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Codi d'ètica de les infermeres i infermers de Catalunya. 1a ed. Vol. 22, Consell de col·legis d'infermeres i infermers de Catalunya. Barcelona; 2016.
70. Martínez Casimiro L, Vilata Corell JJ. Metástasis cutáneas de neoplasias internas. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 2009;37(3):117-29.



71. Instituto Nacional del Cáncer. Terapia hormonal para el cáncer de seno. Instituto Nacional del Cáncer. 2017.
72. Herdman. T H, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnòsticos enfermeros: definición y clasificación, 2015-2017. Edición Es. Herdman. T H, editor. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2015.
73. Wagner CM, Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de intervenciones de enfermería. (NIC). 6a ed. Bulechek, Gloria M; Butcher, Howard K; Dochterman, Joanne M; Wagner CM, editor. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2014.
74. Moorhead S, Johnson M, L.Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería. (NOC). 5.^a edició. Moorhead, Sue; Johnson, Marion; Maas, Meridean L; Swanson E, editor. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2014.
75. Grupo de mejora para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Manual de actuación para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Valencia; 2007. 1-72 p.
76. Baron MM, Benítez MM, Caparrós A, Escarvejal ME, Martín MT, Moh Y, et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, editor. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2015. 28-29 p.
77. Rodríguez Chamorro MA, Pérez Merino EM, García Jiménez E, Rodríguez Chamorro A, Martínez Martínez F, Faus Dader MJ. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. Pharm Care Espana. 2014;16(3):110-20.
78. Díaz M, Gattas S, López JC, Tapia A. Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. Rev Médica Clínica Las Condes. 2013;24(4):694-704.



79. Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria. Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2012. 57-67 p.
80. Blanco M. Etiología y tratamiento del dolor durante el cambio de apósito. Ocronos; Rev Médica y Enfermería. 2019;
81. Torra J, Soldevilla J, moffatt C, Franks P, Hollinworth H, Briggs M. El dolor durante los cambios de apósito. Medical Education Partnership, editor. Londres: Mölnlycke Health Care;
82. White R, Blanco A. Efectividad de la tecnología Safetac en la disminución del dolor asociado a las heridas: un factor significativo en la demora de la cicatrización y en el incremento en los costes. Gerokomos. 2009;20(3):128-31.
83. Maté Méndez J, Hollenstein Prat M, Gil F. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Psicooncología Investig y clínica biopsicosocial en Oncol. 2004;1(2):211-30.
84. Florez J, Klimenko O. Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al Programa de asistencia paliativa de la Corporación. Psicoespacios Rev virtual la Inst Univ Envigado. 2011;5(7):18-42.
85. Gonzales Meza B. Guías de cuidados de enfermería en paciente oncológico. 2012.
86. Fernández A. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en los pacientes oncológicos. Psicooncología Investig y clínica biopsicosocial en Oncol. 2004;1(2):169-80.
87. Borrás A. Intervenciones para el tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer. Barcelona; 2016. 1-72 p.
88. SEOM. Manual Sociedad Española de Oncología Médica de Cuidados Continuos. 3a ed. Gonext Producciones, editor. 2019.



89. Morales B, Jimenez P, Ortiz J. Guia de Actuacion Nutricional en pacientes oncologicos. 2016. 88 p.
90. Alcaide AM, Graduada C, Costanilla M, Graduado A. Recomendaciones nutricionales al paciente oncológico. 2017;92-5.
91. Cáceres Lavernia H, Neninger Vinageras E, Menéndez Alfonso Y, Barreto Penié J. Intervención nutricional en el paciente con cáncer. Rev Cubana Med. 2016;55(1):59-73.
92. González AP. Análisis del desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades. 2012;4(1):276-316.
93. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Prevención de la malnutrición o desnutrición. En: Guía técnica buenas practicas para a seguridad del paciente en la atencion en salud. Colombia; 2012. p. 76.
94. Managing nausea and vomiting at home. American cancer society. 2020.
95. Contreras-Mollinedo N, Alvarado-Aguilar S, Molina-Solis R. Insomnio en el paciente oncológico. Gac Mex Oncol. 2013;12(2):101-7.
96. Pereira MR, Redondo PMT. Atención a las cuidadoras de pacientes oncológicos y paliativos en el espacio comunitario. Enfermería Docente. 2015;1(103):15-16,17,18.
97. Moreira de Souza R, Turrini RNT. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. Enfermería Glob. 2011;10(22):1-13.
98. Bohórquez VC, Castañeda BA, Trigos LJ, Orozco LC, Camargo FA. Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. Rev Cubana Enferm. 2011;27(3):210-9.
99. Cruciani RA. Opioides. Efectos secundarios sobre la calidad de vida del paciente. Offarm. 2011;30(06):82-5.



100. Zapico G, Alonso S, Tomero E. Tratamiento del estreñimiento inducido por opiáceos en paciente adulto terminal. *Rqr Enferm Comunitaria*. 2018;6(1):32-46.
101. Nowak D, Yeung J. Diagnosis and treatment of pruritus. *Can Fam Physician*. 2017;63:918-24.
102. Perdue C. Management of pruritus in palliative care. *Nurs Times*. 2016;24(112):20-3.
103. Bethesda M. PDQ sobre los cuidados médicos de apoyo y los cuidados palativos. PDQ prurito. National Cancer Institute. 2019.
104. Muñoz Rodríguez A, Ballesteros Úbeda MV, Escanciano Pérez I, Polimón Olibarrieta I, Díaz Ramírez C, González Sánchez J, et al. Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas. *Hosp Univ Móstoles*. 2011;176.
105. Real de la Cruz M. Plan de cuidados en mujer mastectomizada. Prevención de linfedema. *Evidentia*. 2008;5(19).
106. Vicente MT, Delgado S, Bandrés F, Ramírez Iñiguez MV, Capdevila L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2018;25(4):228-36.
107. Soriano J, Monsalve V. CAD-R. Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico: análisis factorial confirmatorio. ¿Hay diferencias individuales en sexo, edad y tipo de dolor? *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2017;24(5):224-33.
108. San Bartolomé Gutierrez J. Valoración Y Análisis De Las Estrategias De Afrontamiento De Los Enfermos Oncológicos Con Dolor Crónico. *Rev Enferm Castilla y León*. 2014;6:74-92.
109. Gómez Candela C, Martín Peña G, De Cos Blanco AI, Rosado CI, Castillo Rabaneda R. Evaluación del estado nutricional en el paciente oncológico. En: *Soporte Nutricional en el paciente Oncológico*. Madrid; p. 44-56.



110. Allende-Pérez S, Pérez-Camargo DA, Urbalejo-Ceniceros VI, Ochoa-Carrillo FJ. Evaluación del estado de nutrición en pacientes con cáncer avanzado, referidos a cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, México. *Gac Mex Oncol.* 2013;12(4):223-8.
111. Manjón M, Oliva F, Díaz M. Capítulo 6: nutrición en el paciente oncológico. En: *Guía práctica de nutrición hospitalaria.* Sevilla; 2009. p. 295-308.
112. Lomeli HA, Pérez I, Talero C, Moreno CB, Gonzalez R, Palacios, et al. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008;36(1):50-9.
113. Covarrubias-Gómez A, Landa-Juárez AY. Evaluación de la calidad del sueño en pacientes con dolor de origen oncológico. *Gac Mex Oncol.* 2019;18(3):131-40.
114. Krikorian A. Valoración del sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncologia.* 2008;5(2-3):257-64.
115. Landa-Ramírez E, Cárdenas-López G, Greer JA, Sánchez-Román S, Riveros-Rosas A. Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: Una revisión. *Salud Ment.* 2014;37(5):415-22.
116. Terol-Cantero MC, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M, Terol MC, Cabrera V, Martín M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *An Psicol.* 25 abril 2015;31(2):494.
117. López-Roig S, Terol M., Pastor M., Neipp M., Massutí B, Rodríguez-Marín J, et al. Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Rev Psicol la Salud.* 2000;12(2):127-55.
118. González M, Lacasta MA, Ordóñez A. Evaluación del sufrimiento. En: *Editorial Médica Panamericana, editor. Valoración clínica en el paciente con cáncer.* Buenos Aires; Madrid; 2006. p. 107-28.











119. Boing L, Pereira GS, de Araújo C da CR, Sperandio FF, Loch M da SG, Bergmann A, et al. Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. *Rev Saude Publica*. 2019;53:1-12.
120. Maciel PC, Fonseca FEM, Veiga-Filho J, Ferreira LM, de Carvalho MP, Veiga DF. Quality of life and self-esteem in patients submitted to surgical treatment of skin carcinomas: Long-term results. *An Bras Dermatol*. 2014;89(4):594-8.
121. Vazquez A, Jimenez R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol*. 2004;22(2):247-55.
122. Rhondali W, Chisholm GB, Filbet M, Kang DH, Hui D, Cororve Fingeret M, et al. Screening for body image dissatisfaction in patients with advanced cancer: A pilot study. *J Palliat Med*. 2015;18(2):151-6.
123. Gojenola MO, Garay AV, Alkorta BM. Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. 2008;34(9):435-8.
124. Schmidt FMQ, Firmino F, Lenza N de FB, Santos VLC de G. Nursing team knowledge on care for patients with fungating wounds. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1).



9. ANNEX

Annex 1 Regla ABDCE.

LUNAR BENIGNO		MELANOMA	
A de			Asimetría
Redondos y simétricos		Asimétricos	
B de			Borde
Regular		Irregular	
C de			Color
Color marron claro u oscuro pero homogéneo		Color no homogéneo	
D de			Diámetro
Inferior a 6 mm		Superior a 6 mm	
E de			Evolución

Annex 1 Regla ABDCE. Font documental: Associació Espanyola Contra el Càncer.



Annex 2 Localització de tumors primaris segons el sexe.

Lloc anatòmic	Neoplàsia primària (home)	Neoplàsia primària (dona)
Cuir cabellut	Pulmó, ronyó	Mama
Cara i coll	Carcinoma epidermoide de cap i coll, pulmó	Mama
EESS	Pulmó, ronyó, colon	Mama
EEII	Melanoma, pulmó, ronyó	Melanoma, pulmó, ronyó
Tòrax	Pulmó	Mama
Abdomen	Colon, pulmó, estómac	Colon, ovari, mama
Esquena	Pulmó	Mama
Pelvis	Colon	Colon, ovari

Annex 2 Taula il·lustrativa d'elaboració pròpia. Font documental: provost T. cutaneous metastasis. In: Provost T., Flynn J. (eds). Cutaneous Medicine. Cutaneous manifestations of Systemic Disease. Ontario (Canada): BC Decker Inc.2001.p.357-66.



Annex 3 Escales de valoració i/o avaluació.

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé

Nutrition Institute

Apellidos:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Peso, kg:

Altura, cm:

Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje

A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?
0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual

☐

B Pérdida reciente de peso (<3 meses)
0 = pérdida de peso > 3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso

☐

C Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio

☐

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
0 = sí 2 = no

☐

E Problemas neuropsicológicos
0 = demencia o depresión grave
1 = demencia moderada
2 = sin problemas psicológicos

☐

F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

☐

Evaluación del cribaje
(subtotal máx. 14 puntos)

12-14 puntos: estado nutricional normal

8-11 puntos: riesgo de malnutrición

0-7 puntos: malnutrición

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

Evaluación

G El paciente vive independiente en su domicilio?
1 = sí 0 = no

☐

H Toma más de 3 medicamentos al día?
0 = sí 1 = no

☐

I Úlceras o lesiones cutáneas?
0 = sí 1 = no

☐

J Cuántas comidas completas toma al día?
0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas

☐

K Consume el paciente
• productos lácteos al menos una vez al día? sí ☐ no ☐
• huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí ☐ no ☐
• carne, pescado o aves, diariamente? sí ☐ no ☐
0.0 = 0 o 1 sies
0.5 = 2 sies
1.0 = 3 sies☐**L** Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
0 = no 1 = sí☐**M** Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)
0.0 = menos de 3 vasos
0.5 = de 3 a 5 vasos
1.0 = más de 5 vasos☐**N** Forma de alimentarse
0 = necesita ayuda
1 = se alimenta solo con dificultad
2 = se alimenta solo sin dificultad☐**O** Se considera el paciente que está bien nutrido?
0 = malnutrición grave
1 = no lo sabe o malnutrición moderada
2 = sin problemas de nutrición☐**P** En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?
0.0 = peor
0.5 = no lo sabe
1.0 = igual
2.0 = mejor☐**Q** Circunferencia braquial (CB en cm)
0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22☐**R** Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31☐

Evaluación (máx. 16 puntos)

☐☐☐

Cribaje

☐☐☐

Evaluación global (máx. 30 puntos)

☐☐☐

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos ☐ estado nutricional normal

De 17 a 23.5 puntos ☐ riesgo de malnutrición

Menos de 17 puntos ☐ malnutrición

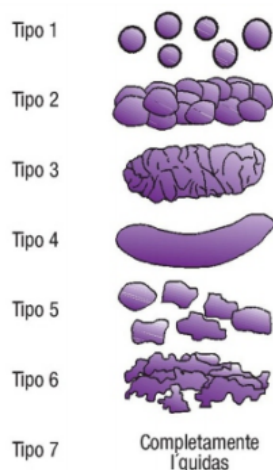
Ref: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-466.
Rubenstein LZ, Harter JO, Saliva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M36-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67209 1299 10M
Para más información: www.mna-olinet.com

Annex 3 Mini Nutritional Assessment. Font documental: Vellas B, Villars H, Abellan G. Mini Nutritional Assessment MNA. Nestlé Nutr Inst. 2006;



Tabla I Escala de Karnofsky	
Puntuación	Situación clínico-funcional
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

Annex 4 Escala de Karnofky. Mostra el valor assignat a cada pacient d'acord amb la seva malaltia i l'estat funcional. Font documental: Puiggròs C, Lecha M, Rodríguez T, Pérez-Portabella C, Planas M. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. Nutr Hosp. 2009;24(2):156-60.



Annex 5 Escala Bristol. Font documental: Escala de Bristol para evaluar las heces y clasificación las deposiciones según su forma y consistencia. Tomado de Mearin F. Síndrome del intestino irritable: nuevos criterios de Roma III. Med Clin (Barc). 2007; 128(9):335-43.

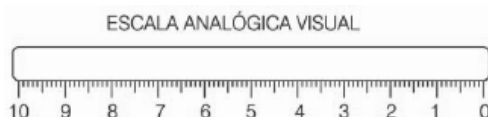


<p>SUBESCALA DE ANSIEDAD</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?3. ¿Se ha sentido muy irritable?4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)8. ¿Ha estado preocupado por su salud?9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? <p>TOTAL ANSIEDAD: > 4 <input type="text"/></p>
<p>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Se ha sentido con poca energía?2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? <p>TOTAL DEPRESIÓN: > 3 <input type="text"/></p>
<p>La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.</p>

Annex 6 Escala d'ansietat i depressió de Goldberg. Font documental: cribado ansiedad y depresión-escala Goldberg. Servicio Andaluz de Salud. cribado ansiedad y depresión-escala Goldberg. Consejería de Salud.

Cuadro N° 1					
Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad den la familia					
PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

Annex 7Qüestionari per l'avaluació de la funcionalitat de la família. Disfunció moderada: 12-10p; Disfunció severa: menor o igual a 9. Font documental: Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar la disfunción familiar. Rev Médica La Paz. 2014;20(1):53-7.



Annex 8 Escala Visual Analògica (EVA); Graduació del dolor: de 1 a 3 lleu-moderat, de 4 a 6 dolor moderat-greu i més de 6 dolor molt intens. Font documental: Melzack R, Katz J, Jeans M. Escalas de valoración del dolor. Artículo. 2012;(February 2015):1-5.

GRADE	ECOG PERFORMANCE STATUS
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities; up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare; confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled; cannot carry on any selfcare; totally confined to bed or chair
5	Dead

Annex 9 Escala ECOG. Font documental: Oken M, Creech R, Tormey D, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5:649-655.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

Annex 10 Escala d'autoestima Rosenberg. Font documental: Rosenberg, 1965;Atienza,Balaguer, & Moreno,2000.



HISTORIAL

A RELLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL PACIENTE

<p>1. Peso: Consideraciones sobre mi peso actual y sobre la evolución de mi peso en las últimas semanas: En la actualidad peso alrededor de _____ kilos Mido aproximadamente _____ cm Hace un mes pesaba alrededor de _____ kilos Hace seis meses pesaba alrededor de _____ kilos Durante las dos últimas semanas mi peso: o ha disminuido ⁽¹⁾ o no ha cambiado ⁽²⁾ o ha aumentado ⁽³⁾ (ver Tabla 1 en la hoja de instrucciones) <input type="text"/> 1</p>	<p>2. Ingesta: en comparación con mi estado habitual, calificaría a mi alimentación durante el último mes de: sin cambios ⁽⁰⁾ mayor de lo habitual ⁽¹⁾ menor de lo habitual ⁽²⁾ Ahora como: alimentos normales pero en menor cantidad de lo habitual ⁽¹⁾ pocos alimentos sólidos ⁽²⁾ solamente líquidos ⁽²⁾ solamente suplementos nutricionales ⁽³⁾ muy poco ⁽⁴⁾ solamente alimentación por sonda o intravenosa ⁽⁵⁾ <input type="text"/> 2 (consignar como marcador final la condición de más alta puntuación)</p>
<p>3. Síntomas: he tenido los siguientes problemas que me han impedido comer lo suficiente durante las últimas dos semanas (marcar según corresponda): no tengo problemas con la alimentación ⁽⁰⁾ falta de apetito; no tenía ganas de comer ⁽³⁾ náusea ⁽¹⁾ vómitos ⁽³⁾ estreñimiento ⁽¹⁾ diarrea ⁽³⁾ llagas en la boca ⁽²⁾ sequedad de boca ⁽¹⁾ los alimentos me saben raros o no me saben a nada ⁽¹⁾ problemas al tragar ⁽²⁾ los olores me desagradan ⁽¹⁾ me siento lleno/a enseguida ⁽¹⁾ dolor; dónde? ⁽³⁾ _____ otros factores** ⁽¹⁾ _____ <input type="text"/> 3 ** como: depresión, problemas dentales, económicos (sumar las puntuaciones correspondientes a cada uno de los síntomas indicados por el paciente)</p>	<p>4. Capacidad Funcional: en el curso del último mes calificaría mi actividad, en general, como: normal y sin limitaciones ⁽⁰⁾ no totalmente normal, pero capaz de mantenerme activo y llevar a cabo actividades bastante normales ⁽¹⁾ sin ganas de hacer la mayoría de las cosas, pero paso menos de la mitad del día en la cama o sentado/a ⁽²⁾ capaz de realizar pequeñas actividades y paso la mayor parte del día en la cama o sentado/a ⁽³⁾ encamado/a, raramente estoy fuera de la cama ⁽³⁾ (consignar como marcador final la condición de más alta puntuación) <input type="text"/> 4 Suma de las Puntuaciones: 1+2+3+4 = <input type="text"/> A</p>

El resto de este formulario será completado por su médico. Gracias.

<p>1. Enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales (ver Tabla 2 en la hoja de instrucciones) Diagnóstico principal (especificar) _____ Estadio de la enfermedad (indicar el estadio si se conoce o el más próximo a él): I II III IV Otro: _____ Edad _____ <input type="text"/> B</p>	
<p>6. Demanda Metabólica <input type="text"/> C (ver Tabla 3 en las instrucciones) sin estrés metabólico estrés metabólico leve estrés metabólico moderado estrés metabólico elevado</p>	<p>Puntuación Numérica Tabla 2 = <input type="text"/> B Puntuación Numérica Tabla 3 = <input type="text"/> C Puntuación Numérica Tabla 4 = <input type="text"/> D</p>
<p>7. Evaluación física <input type="text"/> D (ver Tabla 4 en las instrucciones)</p>	
<p>Evaluación Global (VGS A, B o C) Bien nutrido Moderadamente o sospechosamente mal nutrido Severamente mal nutrido (ver Tabla 5 en la hoja de instrucciones)</p>	<p>Puntuación Numérica Total: A+B+C+D (ver recomendaciones abajo) <input type="text"/></p>

Firma: _____

Fecha: _____

Recomendaciones Nutricionales: La valoración cuantitativa del estado nutricional del paciente sirve para definir en qué casos se recomienda intervención nutricional incluyendo: educación nutricional del paciente y familiares, manejo de síntomas, intervención farmacológica e intervención nutricional apropiada. Una apropiada intervención nutricional requiere un apropiado manejo de los síntomas del paciente.
0-1 No requiere intervención nutricional en este momento. Volver a valorar durante el tratamiento.
2-3 Paciente y familiares requieren educación nutricional por parte de especialista en nutrición u otro clínico, con intervención farmacológica según los síntomas (recuadro 3) y la analítica del paciente.
4-8 Requiere intervención de un especialista en nutrición junto con su médico/oncólogo según los síntomas indicados en el recuadro 3.
9 Indica una necesidad crítica de mejorar el manejo de los síntomas del paciente y/o intervención nutricional/farmacológica.

Annex 11 Valoració Global Subjectiva Generada pel pacient (VSG-GP). Font documental: FD Ottery, 2000.



ANEXO 1				
Cuestionario Zarit Burden Interview (ZBI) cuidador				
Test autoadministrado				
A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.				
Nunca = 0, rara vez = 1, algunas veces = 2, bastantes veces = 3, casi siempre = 4				
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3 4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3 4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3 4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3 4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3 4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3 4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3 4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3 4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3 4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3 4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3 4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3 4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3 4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3 4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3 4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3 4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3 4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3 4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3 4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3 4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3 4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3 4
PUNTUACIÓN TOTAL				
Diagnóstico de sobrecarga > 44 puntos				

Annex 12 Escala Zarit. Font documental: Gojenola MO, Garay AV, Alkorta BM. Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. 2008;34(9):435-8.